MEDICINA PENTRU TOȚI

73

MARA RICMAN

Copilăria, pubertatea, adolescența

Dr. MARA RICMAN

Copilăria, pubertatea, adolescența

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 38
Biblioteca Personală

EDITURA MEDICALĂ — BUCUREȘTI — 1988

Colecția

„ȘTIINȚA ȘI TEHNICA PENTRU TOȚI"

apare sub egida

FRONTULUI DEMOCRAȚIEI ȘI UNITĂȚII SOCIALISTE

Cuprins

	Pag.
Cuvînt introductiv	5
1. *Pubertatea și adolescența, perioadă de trecere de la copilărie la vîrsta adultă*	9
Incepem cu „începutul"	10
Perioada vieții intrauterine	11
Copilăria	12
Ce se întîmplă la pubertate ?	14
2. *Băieții și fetele*	18
Cînd și ce factori determină sexul ?	19
Manifestările evoluției pubertății și adolescenței	23
Etapele pubertății	24
Creșterea în înălțime și greutate	26
Aspecte deosebite	28
Sexualizarea la pubertate	30
Aspectele sexualizării puberale normale la băieți	32
Aspectele sexualizării puberale normale la fete	39
3. *Tulburări în evoluția pubertății*	54
Pubertatea precoce	54
Pubertatea tardivă sau întîrziată	56
Infantilismul genital	57
Tulburări ale desfășurării fenomenelor pubertare care pot să apară separat	58
4 *Adolescentul și erosul*	62
Informația sexuală	66
5. *Comportamentul adolescenților*	75

Pag.

6. *Ce este „criza" adolescenței* 80
Care este atitudinea adolescentului față de pedeapsă ? 83

7 *Adolescentul și familia* 85

8. *Adolescentul și locul său de muncă* 89
Școala factor activ în apărarea sănătății adolescentului 89
Școala ca instituție de învățămînt și educație . . 93

9 *Opțiunea profesională* 96

10 *Adolescentul încadrat în muncă* 100

11. *Adolescentul și grupul* 102

12. *Adolescentul și cultura* 106

13. *Alimentația adolescentului* 112
Alimentele 112
Necesitățile nutritive la pubertate și adolescență . . . 115
Greșeli ce trebuie evitate în problemele de alimentație la adolescență 119

14 *Adolescentul și sportul* 122

15. *Aspecte de patologie în perioada de pubertate și adolescență* 126
Pielea și țesutul celular subcutanat 127
Sistemul osteo-muscular 129
Aparatul respirator 131
Aparatul cardio-vascular 132
Tulburări de metabolism și nutriție 134
Boli de sînge 137
Tulburări psihice și comportamentale 138

16. *Adolescentul handicapat* 140
Bibliografie 143

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 38
Biblioteca Personală

Cuvînt introductiv

Citit primul (în ordinea prezentării în carte) „Cuvîntul introductiv" a fost conceput ultimul, din care motiv conține și... concluziile.

Una din caracteristicile ființei umane este timpul lung necesar proceselor de creștere și dezvoltare. De la naștere pînă la maturizarea organismului și împlinirea condițiilor în care individul se poate întreține singur trec în medie 18—20 de ani. În evoluția perioadei de creștere și dezvoltare, deci pe parcursul celor 18 ani, se disting etape succesive cu mari deosebiri morfologice și funcționale. Această situație nu scindează unitatea evoluției. Nici o etapă nu este mai importantă decît alta ; fiecare etapă este consecința celei anterioare și o pregătește pe cea viitoare. Aceasta este prima concluzie. *Dacă în lucrarea de față ne referim cu precădere la perioada pubertății și adolescenței, avem permanent în vedere, ceea ce am și subliniat în cuprinsul lucrării, că individul ajuns la pubertate și adolescență este rodul unor puternice influențe exercitate asupra copilului în perioadele anterioare.*

Unul din factorii care influențează în mod semnificativ creșterea și dezvoltarea copilului este mediul social în care trăiește copilul. Cu cît copilul este mai mic cu atît influența mediului în care trăiește este mai mare. În primii ani de viață, relația copil — mediul social este o relație de dependență; în continuare influențele mediului social asupra copilului sînt puternice, situația de dependență se atenuează. Copilul primește de la societate (respectiv de la părinți și străbuni) pe lîngă ocrotirea ființei sale biologice și mesaje culturale și spirituale, limba, obiceiurile, concepțiile despre lume și viață.

Amprenta mediului social este atît de importantă pe toate coordonatele manifestării ființei umane (biologică, psiho-mentală, spirituală) încît, în sociologia modernă, se vorbește de a doua ereditate — ereditatea socio-culturală. Aceasta este a doua concluzie: dacă zestrea socio-culturală poate fi pusă în condiții de egalitate cu zestrea ereditară biologică, o relație atît de importantă între copil și mediul social în care se dezvoltă nu poate fi lăsată la voia întîmplării. Foarte de timpuriu societatea și-a dat seama de acest lucru.

Elemente de cultură tradițională au contribuit permanent la adaptarea și echilibrul individului în mediul social din care face parte.

Societatea contemporană a preluat și îmbunătățit permanent condițiile acestor relații, adăugînd la factorii tradiționali, achizițiile științifice ale lumii moderne. Una din formele prin care societatea contemporană își manifestă grija față de problemele creșterii și dezvoltării copilului este și informarea și educația sanitară. Pe această cale, ajung la nivelul maselor largi informațiile științifice corecte, în concordanță cu stadiul de dezvoltare al societății, cu ceea ce societatea poate să ofere și ce este necesar pentru o bună adaptare a individului în lumea contemporană.

În țara noastră, în etapa actuală, statul asigură prin legislație, prin dezvoltarea economică socială și educațională, condiții optime pentru creșterea și îngrijirea copiilor. A crescut permanent și gradul de informare și educație sanitară, au fost create noi forme de manifestare, în raport cu posibilitățile, de asemenea noi și crescute, de receptare și utilizare a informațiilor primite. Cartea a devenit un obiect principal între metodele de informare despre creșterea, îngrijirea și educația copiilor. Din ce în ce mai multe mame spun cu mîndrie: „Am crescut copiii după carte". Mîndria lor este bucuria celor care pe parcursul timpului, într-un fel sau altul, au contribuit la această împlinire: medici, scriitori, editori, factori de îndrumare culturală.

La întîlnirile cu publicul, cu ocazia lansării unor cărți de educație sanitară și de sondaj asupra temelor care interesează în mod deosebit publicul larg au fost solicitate pe lîngă lucrări de informare despre îngrijirea copilului mic și lucrări asupra perioadei pubertății și adolescenței.

Desigur, astfel de lucrări există, dar ca o experiență personală, încercînd să dăm curs acestei solicitări de a realiza o lucrare de informare pentu publicul larg, despre pubertate și adolescență, ne-am găsit într-o situație deosebită față de alte lucrări cu teme mai aproape de prima copilărie.

Dacă pentru etapele copilăriei, informarea și educația sanitară se adresează exclusiv adulților (părinți, cadre sanitare etc.), mizînd astfel pe condiții egale de prezentare și receptare, la pubertate și adolescență în formarea și educația sanitară interesează în egală măsură adolescenții și părinții.

A găsi o formă de adresabilitate care să capteze interesul și încrederea adolescenților ni se pare un ideal greu de atins.

Și totuși am scris această lucrare sub semnul idealului ! Tot un ideal rămîne și „condiția de a se cunoaște pe ei înșiși", condiție etern umană și subiect de reflecție.

1

Pubertatea și adolescența, perioadă de trecere de la copilărie la vîrsta adultă

Pubertatea este perioada de trecere de la copilărie la maturitate, adolescența reprezentînd ultima sa etapă.

Dintre toate perioadele vieții, pubertatea, cu corolarul său adolescența, este perioada cea mai discutată, cea mai cercetată.

Se ocupă de ea discipline științifice cum sînt : biologia, medicina, pedagogia, psihologia, sociologia, antropologia, dar și literatura, poezia, artele în general.

Pentru publicul larg și adesea pentru adolescenți, „portretul simbol" al adolescenței este realizat prin intermediul literaturii beletristice, cu precădere al literaturii romantice. Aceste moduri de cunoaștere, exceptînd calitățile lor de a fi plăcute și instructive estetic, au marea slăbiciune de a fi subiective, de a crea cazuri particulare, uneori dramatice.

Fără a desconsidera subiectivismul acestor opere, credem totuși că publicul larg și, mai ales, adolescenții pot profita de pe urma unor lucrări cu caracter informativ și obiectiv asupra problemelor pubertății.

Problemele pubertății sînt multiple, ele desfășurîndu-se în domenii variate ale manifestărilor ființei umane, pe plan somatic, psihic, comportamental, sociocultural, dar cele mai specifice și imresionante pentru adolescent sînt cele legate de procesul de sexualizare.

În lucrarea de față ne propunem să prezentăm evoluția pubertății prin descrierea semnelor, în special cele fizice și biologice, caracteristice desfășurării normale a pubertății și să menționăm situațiile limită între normal și patologic. Acestea, recunoscute cît mai devreme, trebuie semnalate cadrelor de specialitate, medici, psihologi, educatori, putînd astfel fi remediate la timp.

Începem cu „începutul"

Creșterea, dezvoltarea și diferențierea oricărui organism reprezintă o perioadă normală și limitată în evoluția sa. Această perioadă „începe" în momentul fecundației (unirea celulelor germinative masculină și feminină) și se continuă pînă la „maturație", cînd creșterea se oprește și individul devine el însuși apt de procreație.

La om, perioada de creștere și dezvoltare pînă la maturizarea biologică a oraganismului este în medie de 16—18 ani. Deși creșterea și dezvoltarea sînt procese continue pe perioada dată, ele se realizează în moduri diferite pe parcursul evoluției.

În funcție de modalitățile de realizare, de creșterea și diferențierea pe organe și aparate, de factorii care determină și influențează aceste procese, se disting mai multe perioade, fiecare avînd specificul și valoarea ei în procesul general de formare și maturizare a ființei umane. Aceste perioade sînt : *perioada vieții intrauterine, perioada copilăriei și perioada pubertății și adolescenței.*

Necesitatea de a prezenta, oricît de sumar, cîteva elemente caracteristice pentru perioadele anterioare debutului pubertății este dată de faptul că multe din manifestările evidente la pubertate și adolescență sînt rodul unor evenimente biologice sau psihoafective întîmplate cu mult înainte (deci în perioadele anterioare debutului, în perioada vieții intrauterine sau în copilărie).

Perioada vieții intrauterine

Perioada vieții intrauterine începe din momentul concepției și durează pînă la naștere, în medie 9 luni. Este cea mai scurtă, dar prin componenta genetică pe care o aduce organismului este perioada de cea mai mare importanță.

Prin fecundarea ovulului (celula sexuală feminină) de către spermatozoid (celula sexuală masculină), materialul genetic, formațiunile cromozomiale de la cei doi părinți se unesc. Repartiția substanței cromozomiale, matern și patern, se poate face într-un număr infinit de combinații și de aceea, practic, nu pot rezulta indivizi biologic identici.

Prin ereditate sînt *determinate* majoritatea caracterelor somatice (aspectul general al corpului, culoarea pielii, a ochilor, a părului, înălțimea etc.) și, *potențial* caracterele psiho-mentale și comportamentale ale individului (inteligență, aptitudini, comportament etc.). În perioada vieții intrauterine, la determinările factorilor ereditari se adaugă influențele condițiilor de dezvoltare a fătului în uter (starea de sănătate a femeii gravide, nutriția ei, solicitările fizice și psihice în timpul sar-

cinii etc.). Agresiuni chiar minime în această perioadă pot avea consecințe negative asupra dezvoltării copilului. Determinările factorilor mai sus citați, pozitive sau negative, pot să fie evidente imediat după naștere, să apară tardiv în procesul de creștere sau să apară în perioada vîrstei adulte.

De reținut faptul că o importantă etapă a procesului de sexualizare și anume formarea organelor genitale are loc în această perioadă. De modul în care s-au desfășurat procesele biologice în această etapă va depinde ulterior debutul și evoluția pubertății.

Copilăria

Copilăria începe de la naștere și durează pînă la 10—13 ani, vîrstă după care copilul intră în perioada de pubertate. Puiul de om vine pe lume cel mai neajutorat dintre viețuitoare. Îi trebuie un an pînă să se ridice în picioare (puiul de căprioară, la fel ca multe alte viețuitoare, se ridică în picioare în primele minute după naștere și își urmează mama). Îi trebuie 2—3 ani pînă învață să mănînce singur, iar la mijloacele de comunicare, la început rudimentare (plînsul, mimica, gestul etc.), se adaugă treptat, pe parcursul a 3—4 ani, mijlocul de comunicare specific omului și una din marile sale cuceriri biologice și spirituale, vorbirea. Instinctele, care la celelalte viețuitoare fac posibilă supraviețuirea, perpetuarea speciei și adaptarea la mediul extern, la om sînt puțin manifeste. Prin complexitatea conexiunilor cerebrale care s-au format, specia umană a pierdut în mare măsură conduita instinctivă.

Pentru a supraviețui, omul trebuie să învețe, iar puiul de om să fie ocrotit.

Pe toată perioada copilăriei numai ocrotirea și îngrijirile ce i se acordă îi asigură supraviețuirea.

Este de la sine înțeles că perioada cea mai periclitată și care necesită cea mai mare atenție și supraveghere este prima perioadă, de la naștere la 3—4 ani, numită și mica copilărie.

Caracteristicile acestei perioade sînt :

— ritmul intens de creștere în înălțime și greutate, cel mai accentuat din toate perioadele vieții, exceptînd perioada vieții intrauterine ;

— o slabă apărare a organismului față de infecții (sistemul imunitar este incomplet dezvoltat), ceea ce face ca în această perioadă copiii să se îmbolnăvească mai des, iar bolile pe care le fac să fie cu atît mai grave, cu cît copilul este mai mic ;

— o mare receptivitate la procesele de cunoaștere și adaptare, dar și o mare sensibilitate a sistemului de reglare neuro-psihic.

Trăirile afective, psihice sau mentale, pozitive sau negative, pe care copilul le are în această perioadă se înscriu ireversibil în formarea viitoarei sale personalități.

În primii 3—4 ani de viață, copilul descoperă „o lume", chiar dacă această lume se desfășoară în cadrul relativ limitat al vieții de familie ; „este lumea lui și prima pe care o cunoaște".

Între 4 și 10—13 ani se situează etapa de copil preșcolar și școlar mic. Este o etapă mai liniară. Ritmul creșterii se micșorează față de etapa anterioară, crește rezistența la infecții, copilul se îmbolnăvește mai rar, iar bolile pe care le face sînt mai ușoare, psihic și comportamental este echilibrat și receptiv la procesul educativ.

Din punctul de vedere al fenomenelor de cunoaștere și învățare, în această etapă se realizează o acumulare

cantitativă remarcabilă. Copilul își dezvoltă treptat puterea de abstractizare pentru științele matematice, interesul pentru științele exacte, aptitudinile pentru activitățile tehnice, sportive etc. Tot în această perioadă învață cel mai ușor limbi străine (între 4 și 12 ani), își dezvoltă fantezia, imaginația, are o memorie foarte bună. Este perioada de maximă eficiență a formării deprinderilor (există o programare ereditară pentru această perioadă), a felului cum vorbește, cum și ce mănîncă, a deprinderilor de igienă personală, de comportament, politețe etc.

Este important ca părinții și educatorii să recunoască încă din această perioadă posibilitățile copilului (biologice, mentale, psihice, afective etc.). Numai un acord perfect între posibilitățile copilului (variabile individual) și cerințele familiale, școlare și sociale poate realiza un randament maxim pentru situația dată.

Există copii dotați (vom reveni asupra acestui subiect), normali sau mediocri ; fiecare din ei se poate „realiza" dacă vor fi utilizate corect capacitățile disponibile ale fiecăruia, variabile de la individ la individ. Pubertatea, mai mult decît alte perioade, va pune în lumină deosebirile dintre indivizi, dintre capacitățile, reacțiile și posibilitățile lor.

Ce se întîmplă la pubertate?

Perioadă de trecere de la copilărie la stadiul de adult, pubertatea reprezintă etapa de vîrstă în care organismul este supus unor importante transformări și acumulări cantitative, care realizează în final maturizarea individului. Biologic, individul devine apt de

a procrea, iar psiho-intelectual apt de a se încadra în normele socio-culturale și morale ale societății din care face parte.

Transformările se desfășoară cu precădere în direcția laturii biologice a organismului, intrarea în stare de funcționare a complexului neuro-endocrin avînd specificitate asupra dezvoltării și funcționalității aparatului genital, dar și asupra metabolismului general, a creșterii în înălțime și greutate, a modelării formelor corporale, a maturizării neuro-comportamentale.

Efectele acestor transformări biologice sînt profund reflectate pe toate planurile manifestării vieții : psihic, afectiv, mental, comportamental. Practic, ele (efectele) devin „manifestările predominante, specifice în evoluția pubertății și adolescenței".

Spre deosebire de ceea ce se întîmplă în copilărie, cînd dezvoltarea se face „unitar" pe toate laturile personalității, copilul dezvoltîndu-se paralel fizic, psiho-afectiv și mental, la pubertate și adolescență unitatea nu mai este păstrată. Pentru o perioadă, unele laturi ating mai rapid un grad înalt de dezvoltare, altele rămîn în urmă. De exemplu, dezvoltarea fizică (creșterea în înălțime și greutate) și maturizarea sexuală se dezvoltă rapid în primii ani ai pubertății, pe cînd latura psihică, mai ales cea comportamentală și socială, are o oarecare rămînere în urmă. Ele se vor armoniza abia la sfîrșitul adolescenței. *Ritmul dezvoltării fizice se accelerează în perioada pubertății,* față de perioada anterioară de școlar mic, *dar deosebit este faptul că ritmul de creștere este diferit de la un sistem sau organ la altul.* De exemplu, în primii ani ai pubertății are loc creșterea în înălțime, urmată peste încă un an și 6 luni (în medie) de creșterea în greutate. Este perioada în care puberul apare înalt,

slab, cu disproporție între segmentele corpului; membrele, în special cele inferioare, cresc mai rapid față de trunchi. Și alte aparate, cum sînt aparatul circulator și aparatul respirator, au o perioadă de rămînere în urmă, față de creșterea masei corporale în general.

Aceste ruperi de unitate și ritm sînt resimțite în toată personalitatea puberului și adolescentului. Ele creează o anumită sensibilitate biologică și psiho-afectivă specifică. Modurile de manifestare, cu mari variații individuale, se datorează cumulării efectelor influențelor mediului extern pe parcursul perioadelor anterioare (perioada intrauterină și perioada copilăriei), precum și îngrijirii și asistenței acordate în perioada evoluției pubertății și adolescenței.

O situație deosebită este dată de faptul că anumite caractere moștenite, în special cele care vizează sexualizarea, dar și cele comportamentale, uneori chiar debutul unor boli ereditare, pot să apară în această perioadă.

Dacă facem bilanțul acestor condiții și adăugăm faptul că tot în această perioadă adolescentul este supus unor eforturi de integrare socială, morală, culturală, de profesionalizare etc., ajungem la concluzia că cei 5—6 ani cît durează evoluția pubertății și adolescenței reprezintă o perioadă cu multe „probleme" greu de rezolvat de la sine.

Este cunoscut faptul că „neliniștea dusă uneori pînă la îngrijorare și panică" — problemele lor — sînt preluate adeseori amplificat și contradictoriu de părinți, educatori, profesori. Nu înclinăm spre dramatizarea acestor probleme normale și rezolvabile în această perioadă (sînt cercetători care spun că evoluția adolescenței „fără probleme" lasă unele semne de întrebare asupra normalității ei), dar subliniem nevoia de „asistență" de care au nevoie adolescenții, *o asistență mai ales afectivă*, de colaborare și înțelegere (aceasta se poate realiza mai ales în familie), *dar și informativă*. Recomandăm adolescenților și familiilor să apeleze pentru informații la persoane competente și calificate în domeniul respectiv (medici, psihologi, pedagogi etc.). Informațiile luate întîmplător sau/și unele prejudecăți în materie de comportament și educație pot să ducă la greșeli grave, uneori ireparabile. Modalitățile de evoluție și reacțiile adolescenților sînt atît de variate, că nu se pot da soluții valabile pentru toate sau majoritatea cazurilor, dar necesitatea de a se cunoaște pe ei înșiși, de a-și cunoaște organismul, de a-și explica condiția lor în contextul lumii contemporane, de a-și motiva reacțiile față de această lume, reprezintă un adevăr de necontestat.

În paginile care urmează, mic ghid asupra evoluției pubertății și adolescenței, sperăm că tinerii cititori să găsească un minim de informații necesare pentru înțelegerea și motivarea „unor stări" care altfel le sînt sursă de neliniște și conflicte.

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 38
Biblioteca Personală

2

Băieții și fetele

Specia umană este formată din două tipuri de indivizi : indivizi de sex masculin și indivizi de sex feminin, respectiv bărbații și femeile. În copilărie și adolescență ei sînt băieții și fetele. Fenomenul nu caracterizează doar specia umană. Majoritatea viețuitoarelor sînt ambisexuate, adică indivizi separați sînt purtători de organe sexuale diferite, unii purtători de organe sexuale de tip mascul, alții, de organe sexuale de tip femelă. La majoritatea animalelor ambisexuate, aspectele somatice (forma și mărimea corpului, culoarea etc.) și comportamentale sînt deosebite la mascul și femelă. Aceeași situație se întîlnește la specia umană. Bărbații sînt purtători de organe genitale de tip masculin și au aspect somatic (corporal) și comportamental „specific bărbătesc". Femeile sînt purtătoare de organe sexuale de tip feminin și au aspect morfologic și comportamental „specific feminin".

Băieții și fetele sînt de asemenea purtători de organe genitale specifice sexului — băieții de organe genitale de sex masculin, fetele de organe genitale de sex feminin —, dar la ei, organele genitale, prezente anatomic, nu au intrat încă în stadiul de funcționalitate. Acest proces fiziologic se va realiza în perioada de pubertate și adolescență.

În mica copilărie (1—4 ani), deosebirile dintre băieți și fete, atît cele ale formelor corporale, cît și cele comportamentale, sînt foarte mici. Ele se accentuează pe măsură ce copiii cresc și se desăvîrșesc la pubertate și adolescență, cînd organele genitale și tot complexul neuro-endocrin implicat în fenomenele de sexualizare intră în funcțiune.

Cînd și ce factori determină sexul?

Sexul unui individ se hotărește în momentul fecundației (al unirii spermatozoidului cu ovulul) și este determinat de materialul cromozomial pe care îl aduc cele două celule sexuale (masculină și feminină). Formula cromozomială a speciei umane este formată dintr-un set de 46 de cromozomi, respectiv 23 de perechi, dintre care 44 de cromozomi somatici și 2 cromozomi sexuali. Cromozomii sexuali sînt XY pentru sexul masculin, XX pentru sexul feminin. Celulele sexuale au jumătate din setul cromozomial al celulelor somatice.

Celula sexuală feminină, ovulul matur, are formula cromozomială 22 X ; celulele sexuale masculine, spermatozoizii, sînt de două feluri, unii cu formula cromozomială 22 Y (andro-spermatozoizi), alții cu formula cromozomială 22 X (gino-spermatozoizi). Prin fecundare, unirea celor două celule sexuale, se reîntregește setul cromozomial al celulelor somatice. Odată cu aceasta se hotărește întreaga zestre ereditară a indi-

vidului, iar determinarea sexului este unul din parametrii ei.

Din unirea unui spermatozoid cu formula cromozomială 22 X, cu ovulul a cărei formulă cromozomială este tot 22 X, va rezulta un ou cu formula cromozomială 44 XX, deci se va dezvolta un copil de sex feminin. Dir. unirea unui spermatozoid cu formula 22 Y, cu ovulul (formula cromozomială 22 X) va rezulta un ou cu formula cromozomială 44 XY, deci se va dezvolta un copil de sex masculin.

Este determinat astfel *sexul genetic sau cromozomial*, care va direcționa formarea structurilor sexuale, anatomice și neuro-hormonale de tip masculin sau feminin.

În luna a treia a vieții intrauterine se formează organele genitale interne sau gonadele (gone = în

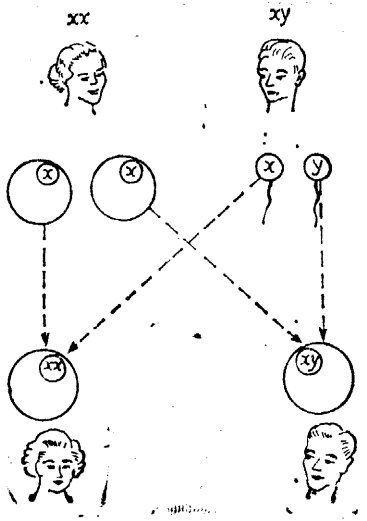

Fig. 1. — Determinarea sexului genetic (după Emil Căpraru și Herta Căpraru).

limba greacă semnificînd sămînță) de tip unisexual, pentru sexul masculin testiculele, iar pentru sexul feminin ovarele.

Între lunile a treia și a cincea se formează tractul genital intern (conductele de transport ale celulelor sexuale) și organele genitale externe, penisul cu glandul și bursele testiculare la sexul masculin, clitorisul și vulva cu labiile mari și mici, la sexul feminin.

Între lunile a cincea și a șaptea ale vieții intrauterine are loc sexualizarea neuro-comportamentală, de fapt programarea în sistemul nervos central a comportamentului sexual de tip masculin sau feminin.

Copilul prezintă la naștere toate structurile anatomice necesare sexualizării. Caracterele sexuale înnăscute rămîn nemodificate pe tot parcursul vieții, făcînd astfel posibilă stabilirea, la naștere, a apartenenței sexuale a copilului (de sex masculin sau feminin) după aspectul organelor genitale externe. Sexul declarat la naștere este *sex legal* și stabilește totodată *statutul social sexual al individului.*

Pe parcursul primilor 2—3 ani de viață, sub influența educației și a comportamentului anturajului față de copil, se formează ceea ce numim *sexul psihic — de fapt conștiința apartenenței copilului la unul din sexe.* La 2—3 ani copilul „știe" că este băiat sau fată, începe să-și cunoască drepturile și datoriile în raport cu apartenența sa sexuală.

Părinții care și-au dorit un copil de sex opus celui pe care îl are copilul și căruia i se adresează și îl educă în sensul sexului dorit de ei (deci opus sexului copilului) pot induce la copil tulburări grave în comportamentul socio-sexual, care se va evidenția la pubertate sau chiar la vîrsta adultă.

Educația copilului se va face totdeauna în sensul conștientizării apartenentei copilului la „sexul său".

Este important de menționat și faptul că observațiile și experiențele copiilor în familie și anturaj asupra problemelor sexuale și, mai ales, asupra raporturilor dintre indivizi aparținînd celor două sexe, mamă-tată, fată-băiat, bărbat-femeie, lasă amprente durabile în comportamentul sexual la vîrsta adolescenței și chiar la adult.

După naștere și prima copilărie, o perioadă pînă în jurul vîrstei de 10—13 ani, procesele de sexualizare sînt într-o relativă stagnare. Filonul proceselor de sexualizare iese din nou la suprafață la pubertate și adolescență. Elementele sexualizării la pubertate și adolescență fac obiectul unui capitol special dar, înainte de aceasta, vom încerca cu datele pe care le avem să explicăm termenul de „sexualizare".

Înțelegem prin sexualizare, totalitatea proceselor care converg la realizarea funcției de procreație.

Parte integrantă, dar specializată, a procesului de creștere, dezvoltare și diferențiere a organismului, sexualizarea se desfășoară în strînsă corelație cu diferitele sisteme ale organismului, în special cu sistemul nervos și glandele endocrine.

Procesul de sexualizare este discontinuu, se perfecționează progresiv, din aproape în aproape, în etape succesive, precis situate în timp. În perioada vieții intrauterine se formează sexul genetic și formațiunile anatomice ale aparatului genital (gonadele, tractul și organele genitale externe). Acestea reprezintă caracterele sexuale primare și nu se modifică pe tot parcursul vieții.

În perioada copilăriei se definește psihic și comportamental apartenența individului la sexul căruia îi aparține.

La pubertate intră în stadiu de funcționalitate toate elementele sexualizării (sistemul neuro-endocrin, gonadele și organele sexuale) realizate în perioadele anterioare și apar caracterele sexuale secundare.

Definitorii pentru aspectul vizibil al organismului, caracterele sexuale secundare (asupra cărora vom reveni) creează impresia că pubertatea este dominată de procesul de sexualizare. Este adevărat că la pubertate se realizează maturația sexuală, dar sexualizarea nu este decît una din componentele dezvoltării și maturizării organismului în acea perioadă. Transformările care au loc cuprind, practic, toate domeniile manifestării vieții, iar modificările continue pe parcursul evoluției fac și mai complexe aprecierile și observațiile corecte asupra desfășurării normale a manifestărilor puberale.

Manifestările evoluției pubertății și adolescenței

Caracteristice pentru evoluția pubertății sînt următoarele manifestări :

— Creșterea generală (în înălțime și greutate).

— Modelarea și diferențierea formelor corporale, realizînd în final „dismorfismul sexual" caracteristic.

— Maturația sexuală morfologică și funcțională.

— Maturația neuro-psihică și mentală.

— Încadrarea socio-culturală, profesionalizarea, socializarea.

Vîrsta apariției și timpul în care se desfășoară pubertatea prezintă mari variații în funcție de zone geografice, grupuri etnice, standard de viață, dar chiar în cadrul acelorași grupuri sociale există importante variații individuale. Datele pe care le vom prezenta în lucrarea de față reprezintă media variațiilor evo-

luției pubertății la noi în țară, în etapa actuală. Cînd va fi necesar vom prezenta și limitele considerate normale.

Deși manifestările evoluției pubertății se întrepătrund, există în desfășurarea lor o anumită ritmicitate, ceea ce permite diferențierea pubertății în trei etape.

Etapele pubertății

Prima etapă este perioada prepubertară, ce începe în medie la vîrsta de 10 ani la fete și 12 ani la băieți și este dominată de creșterea generală a organismului care la început crește în înălțime, realizînd ceea ce se numește „saltul statural prepuberal". Urmează la aproximativ 1 an și 6 luni creșterea în greutate. Există în această perioadă o intensă activitate neuro-endocrină și metabolică ; predomină secreția hormonului somatotrop (hormonul de creștere secretat de antehipofiză) și intră în funcție glandele sexuale (testiculele și ovarele).

A doua etapă — etapa pubertară sau pubertatea propriu-zisă — este dominată de procesele de maturizare sexuală, ca urmare a creșterii secreției hormonilor gonadotropi (secretați de antehipofiză) și a hormonilor sexuali (secretați de glandele sexuale). Apariția primului ciclu menstrual la fete și a primei ejaculări sub formă de polurii la băieți constituie semnele cele mai evidente ale atingerii maturității sexuale.

Vîrsta medie a primului ciclu menstrual la fete este de 13 ani (între 11 și 14 ani), iar a primei emisii de lichid seminal sub formă de polurii (mai greu sesizabilă și deci mai greu de precizat data exactă) la băieți, de 15 ani.

Apariția primului ciclu menstrual la fete și a primei polurii la băieți are loc cu aproximativ un an mai devreme în mediul urban față de mediul rural.

A treia și ultima etapă, postpuberală sau adolescența, este dominată de diferențierea țesuturilor organismului, a sistemului osos, a sistemului muscular, a stratului adipos, a pielii, a pilozității etc. Se realizează, în final, modelarea formelor corporale de tip adult masculin sau feminin. Se diferențiază, de asemenea, caracterele sexuale secundare și debutează impulsurile sexuale.

Psiho-afectiv și mental, adolescența este o perioadă de mare creativitate, efervescență și eficiență. Dacă debutul (începutul) adolescenței este unanim admis ca fiind evidențiat de maturizarea sexuală (apariția primului ciclu menstrual la fete și a primei ejaculări sub formă de polurii la băieți), asupra limitei superioare, în literatura de specialitate, sînt încă discuții. Pentru a marca sfîrșitul adolescenței și intrarea individului în vîrsta adultă se consideră insuficient numai criteriul biologic (maturizarea somato-fiziologică evidențiată prin închiderea cartilajelor de creștere). Sînt luate în considerație maturizarea psiho-comportamentală și, mai ales, integrarea socială.

Statutul de adult implică preluarea unor responsabilități sociale deosebite : profesionalism, încadrarea socio-culturală și economică, căsătoria etc. Or, în societatea contemporană, în care profesionalizarea are o lungă perioadă de pregătire, maturizarea biologică și chiar psiho-mentală nu se suprapune condițiilor de încadrare socială. Deși matur biologic, adolescentul rămîne încă dependent social. Practic, există un decalaj de 6—8 ani între maturizarea biologică (la 16—18 ani) și maturizarea socială (la 22—24 de ani), situație ce creează importante reacții psihice, comportamentale și

sociale. Rămîne deschisă problema „locului adolescentului în societatea contemporană".

În lucrarea de față ne vom referi cu precădere la fenomenele biologice caracteristice evoluției pubertății și adolescenței notînd, cînd este cazul, reflectarea lor pe plan psihic și social.

Creșterea în înălțime și greutate

Accelerarea ritmului de creștere în înălțime și greutate este *prima manifestare a debutului pubertății.* După o ușoară subdenivelare a ritmului de creștere în perioada anteprepuberală (vîrsta 8—10 ani), urmează o accelerare a ritmului de creștere (la început creșterea în înălțime, urmată la 1 an — 1 an și 6 luni de creșterea în greutate). Vîrsta la care începe accelerarea ritmului creșterii, precum și viteza de creștere variază de la individ la individ.

Este perioada în care diferențele de dezvoltare între copii apar deosebit de evidente, atît pentru copii (între ei), cît și pentru părinți. Situația nu are nimic anormal, ei se vor egaliza pe măsură ce intră în perioada de pubertate.

La fete, accelerarea ritmului de creștere în înălțime (saltul statural) se situează în jurul vîrstei de 10 ani (media de creștere este de 7,5 cm în primul an, de 5,5 cm în al doilea an), atingîndu-se punctul de vîrf în jurul vîrstei de 13 ani cînd, după apariția ciclului menstrual, ritmul de creștere diminuează. Creșterea în înălțime încetează în jurul vîrstei de 16 ani, odată cu închiderea cartilajelor de creștere. La aproximativ 1 an și 6 luni de la accelerarea ritmului de creștere în înălțime se produce creșterea în greutate. Creșterea

medie în greutate este de 4—5 kg pe an în primii 2—3 ani de la debutul pubertății (între 11 și 14 ani).

Odată cu creșterea în înălțime și greutate se realizează și modelarea formelor corporale după fenotipul (totalitatea formelor vizibile ale organismului) specific feminin (vezi fig. 5).

Apare curbura coloanei lombare, predomină lărgirea bazinului față de lățimea umerilor, sistemul osos este delicat, fără proeminențe vizibile, stratul adipos este mai accentuat decît la băieți și cu o topografie caracteristică : pe abdomen, piept, șolduri și coapse. Apar caracterele sexuale secundare, asupra cărora vom reveni. Între 10 și 13—14 ani, fetele sînt mai înalte și au o greutate mai mare decît băieții, datorită faptului că pubertatea la fete începe cu aproximativ 2 ani mai devreme decît la băieți.

La băieți, accelerarea ritmului creșterii în înălțime se situează în jurul vîrstei de 13 ani (viteza de creștere este în medie de 8,7 cm în primul an, de 6,5 cm în al doilea) și continuă, în medie, o perioadă de 5 ani de la apariția primelor semne de pubertate. Creșterea în lungime încetează în jurul vîrstei de 18 ani.

La băieți, în prima perioadă de creștere în înălțime, este mai evidentă o oarecare disproporție între segmentele corpului ; astfel, predomină alungirea membrelor inferioare față de lungimea trunchiului. Este perioada în care puberii apar slabi, cu membrele inferioare disproporționat de lungi față de restul corpului. Ulterior, în procesul de creștere, alungirea membrelor inferioare diminuează și continuă creșterea trunchiului. Creșterea în greutate începe la aproximativ 1 an și 6 luni de la începutul accelerării ritmului creșterii în înălțime (vezi tabelul V).

Creşterea în greutate se face predominant prin creşterea scheletului osos şi a masei musculare. Scheletul osos devine mai viguros, cu proeminenţe osoase reliefate, musculatura se dezvoltă predominant faţă de stratul adipos. Umerii sînt laţi, şoldurile mai înguste ; se evidenţiază modularea după fenotipul masculin. Apar caracterele sexuale secundare. După vîrsta de 14 ani, băieţii ajung fetele, în înălţime şi greutate, iar în medie, la vîrsta de 18 ani, au un avantaj de 15 cm în înălţime şi 10 kg în greutate faţă de fete

Aspecte deosebite

Menţionăm pentru această perioadă, atît la băieţi, cît şi la fete, cîteva aspecte de interes practic pentru aprecierea dezvoltării normale şi ocrotirea puberului şi adolescentului.

1. În perioada prepuberală şi puberală, sistemul osos este sediul unor importante procese de creştere şi diferenţiere. Scheletul este supus unor solicitări intense în menţinerea posturii şi în activitatea aparatului locomotor. Se pot evidenţia, în aceste perioade, unele defecte de postură (cifoze, scolioze, picior plat etc.) accentuate de ţinuta incorectă şi de unele solicitări fizice excesive. Examenele medicale periodice la şcoală sau la dispensar pot depista aceste defecte, iar tratamentul aplicat precoce are mai multe şanse de reuşită.

2. Dezvoltarea pe aparate şi sisteme nu este armonică la pubertate. De exemplu, sistemul circulator, inima şi diametrul arterelor rămîn în urmă (ca masă şi funcţie) faţă de dezvoltarea masei corporale. De aceea, adaptarea la efort se face neeconomic, prin creşterea tensiunii arteriale şi a frecvenţei contracţiei inimii (creşte pulsul). Nici aparatul respirator nu se dezvoltă în acelaşi ritm cu restul organismului. În situaţii de eforturi, ventilaţia pulmonară creşte pe seama măririi frecvenţei respiraţiei şi nu pe seama măririi amplitudinii mişcărilor respiratorii, ca la adult. Dacă adăugăm, la acestea, labilitatea sistemului neurovegetativ, prezentă în această perioadă, ajungem la concluzia că puberii şi adolescenţii nu sînt nici atît de puternici, nici atît de rezistenţi pe cît par, dacă ne raportăm la aspectul fizic şi masa corporală. Ei trebuie cruţaţi de eforturi fizice prelungite iar în cazul practicării unor sporturi obositoare, să le facă numai sub stricta supraveghere medicală. Oboseala fizică excesivă este mai greu suportată de fete, iar efectele ei dăunătoare sînt resimţite în timp.

3. Tot în legătură cu condiţia de efort pe care organismul o face pentru acoperirea nevoilor de creştere este problema îmbolnăvirilor. Fără a se înregistra un număr crescut de îmbolnăviri la pubertate şi adolescenţă, există totuşi situaţii speciale.

Sistemul de apărare contra infecţiilor (sistemul imunitar) este uşor deficitar în această perioadă. În condiţii neprielnice de viaţă (subalimentaţie, igienă precară, eforturi fizice şi psihice deosebite etc.) adolescenţii pot să contracteze mai uşor maladii infecţioase cum sînt: tuberculoza, reumatismul poliarticular acut, nefrite etc. Este necesară supravegherea medicală în orice situaţie de îmbolnăvire.

4. O atenţie deosebită trebuie acordată în această perioadă controlului greutăţii corporale. La această vîrstă pot să apară pierderi accentuate în greutate sau, lin contră, creşteri exagerate, ajungînd pînă la obezitate. În ambele cazuri, de cele mai multe ori nu este vorba de tulburări de metabolism ci de greşeli de igi-

enă alimentară (mănîncă prea puțin sau prea mult), generate adesea de tulburări afective (insatisfacții școlare, familiale, erotice etc.).

5. O altă problemă, asupra căreia adesea tinerii și părinții ne solicită un răspuns, este „previziunea taliei" — cît va fi de înalt la vîrsta adultă. Talia definitivă a individului este programată ereditar și un reper important al previziunii ei este talia părinților (ambii părinți !).

Un alt factor care influențează creșterea în înălțime este evoluția pubertății (data debutului și ritmul desfășurării), și aceasta programată ereditar. Unui anumit stadiu al evoluției pubertare, respectiv al maturației sexuale, îi corespunde un anumit stadiu al dezvoltării osoase.

Stadiul dezvoltării osoase (vîrsta osoasă) se constată radiografic. Aprecierea se face prin raportarea apariției anumitor puncte de osificare la stadiul de dezvoltare a anumitor caractere de sexualizare. În această perioadă talia nu trebuie raportată la vîrsta cronologică ci la stadiul dezvoltării caracterelor sexuale. Maturația scheletului cu închiderea cartilajelor de creștere și sistarea creșterii în înălțime este strîns legată de vîrsta la care apar manifestările puberale. Răspunsul la întrebarea dumneavoastră nu-l puteți avea decît apelînd la un serviciu medical de specialitate, care să aprecieze corect atît stadiul manifestărilor puberale, cît și vîrsta osoasă.

Sexualizarea la pubertate

Organele sexuale, atît la băieți, cît și la fete se formează în perioada vieții intrauterine. La naștere, copilul prezintă toate formațiunile anatomice necesare sexualizării (vezi cap. „Băieții și fetele"). La pubertate, sub influența factorilor neuro-endocrini și metabolici, aceste formațiuni preexistente se diferențiază, cresc, se maturează. Odată ajuns la maturitatea sexuală, organismul capătă o nouă funcție, funcția de reproducere.

Totalitatea organelor care iau parte la realizarea funcției de reproducere formează aparatul genital. Aparatul genital este deosebit la bărbat și femeie, în raport cu funcțiile pe care le îndeplinește.

Concomitent cu transformările care au loc la nivelul aparatului genital, apar și alte componente specifice sexualizării la pubertate. Fără a lua parte direct la funcția de reproducere, ele definesc caracterele somatice specifice morfotipului masculin sau feminin — acestea sînt *caracterele sexuale secundare.*

Caractere sexuale secundare se realizează prin acțiunea directă a hormonilor sexuali specifici sexului asupra unor țesuturi și sisteme cu potențialități de dezvoltare ambigenă (masculină sau feminină).

Cele mai importante remanieri au loc la nivelul sistemului osos, țesutului muscular, al pielii, al pilozității, al mugurelui mamar.

Direcția unisexuală a dezvoltării acestor țesuturi după modelul masculin sau feminin este proporțională cu cantitatea și calitatea hormonului care le prelucrează. Se realizează în final *dismorfismul sexual* — deosebirile corporale, cele în afara organelor genitale, existente între cele două sexe.

Aprecierea stadiului sexualizării puberale are drept criterii cele două componente : dezvoltarea organelor genitale și prezența caracterelor sexuale secundare.

Vîrsta la care apar și viteza de desfășurare a tuturor manifestărilor puberale prezintă mari variații individuale.

Ceea ce definește normalitatea evoluției este armonia dezvoltării ; unui anumit grad al dezvoltării fizice (creșterea în înălțime și greutate, modelarea formelor corporale) îi corespunde un anumit stadiu al dezvoltării organelor genitale și al caracterelor sexuale secundare (pilozitate, dezvoltarea sînilor). *Vîrsta osoasă* este reperul cel mai fidel în aprecierea stadiului evoluției manifestărilor puberale. Ea se apreciază radiografic și se interpretează numai de către medic. Cum sexualizarea la pubertate prezintă aspecte deosebite la băieți și fete, le vom prezenta separat.

Aspectele sexualizării puberale normale la băieți

Aparatul genital la bărbat este format din organe externe și organe interne (fig. 2).

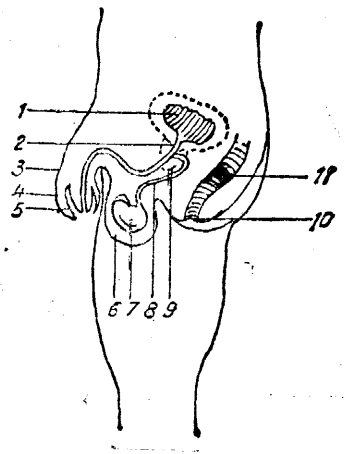

Fig. 2. — Aparatul genital la bărbat — secțiune medio-sagitală (după Kurt Seelmann) : *1* — vezica urinară ; *2* uretra ; *3* — penisul ; *4* — prepuțul ; *5* — glandul ; *6* — scrotul ; *7* — testiculul ; *8* — canalul deferent ; *9* — prostata ; *10* — rectul ; *11* — anusul.

Organele genitale externe sînt penisul și scrotul. Organele genitale interne sînt : testiculele, conductele, de eliminare a spermatozoizilor și a lichidelor secretate și glandele anexe (prostata și glandele bulbo-vezicale).

Organele genitale externe

Penisul este organul copulator al bărbatului, dar și organ al micțiunii deoarece conține și ultima parte a uretrei. Este situat median deasupra scrotului, are o formă cilindrică și este format din țesut erectil intens vascularizat ; este acoperit de o piele fină și mobilă. La adult media dimensiunii penisului în stare flască este 8—10 cm, în stare de erecție de circa 15 cm. Variațiile dimensiunii penisului sînt foarte mari, neavînd nici o legătură cu potența sexuală sau dezvoltarea fizică generală.

— *Glandul penisului* este o formațiune aproximativ cilindrică, situată la extremitatea liberă a acestuia. În vîrful glandului se deschide uretra. Glandul este acoperit și protejat de o cută de piele care nu aderă la el. Această piele se numește *prepuț*. În mod normal, prepuțul alunecă pe gland, glandul putînd fi exprimat în afară. Strîmtorarea congenitală sau prin infecții a prepuțului (glandul nu mai poate fi exprimat în afară) poartă numele de *fimoză*. Pentru rezolvarea acestei situații se apelează la medic.

La inserarea prepuțului pe gland se găsește un mic anț — *șanțul balano-prepuțial*. De la pubertate, în acest șanț se formează o secreție albă cremoasă care trebuie îndepărtată prin spălare, putînd fi sursa unor infecții ale glandului și penisului.

Scrotul este o pungă cutanată, mediană, așezată sub penis. Este împărțită în două *burse*, în fiecare bursă găsindu-se cîte un testicul. Pielea scrotului este elastică, cutată și pigmentată.

Organele genitale interne

Testiculele sau gonadele masculine (de la grecescul *gone* = sămînță) sînt glande paralele, așezate în scrot și protejate de pielea scrotului : ele au rolul de a secreta hormonii masculinizanți, cei mai importanți fiind testosteronul și androsteronul (funcția hormonală) și de a produce spermatozoizi (funcția de spermatogeneză). În mod normal, la naștere, testiculele sînt coborîte în scrot. Situațiile în care la naștere testiculele nu sînt coborîte în scrot realizează așa-numitele *ectopii testiculare*, uni- sau bilaterale. În situația în care testiculele nu coboară spontan pînă la vîrsta de 3—4 ani, copilul trebuie prezentat la medic. Tratamentul medical sau, cînd este cazul, chirurgical va rezolva situația. Depășirea vîrstei de 8—10 ani fără ca testiculele să fie coborîte poate compromite funcția lor.

Căile de eliminare spermatice sînt : epididimul canalele deferente, veziculele seminale, canalul ejaculator și uretra, canal comun pentru eliminarea spermei și a urinei.

Glandele anexe, prostata și glandele bulbo-uretrale. sînt situate în bazin, înconjurînd prima parte a uretrei.

La pubertate toate organele aparatului genital intră într-un stadiu de remaniere structurală și funcțională.

Momentele evoluției sexualizării puberale normale la băieți

Pentru aprecierea evoluției normale a sexualizării puberale la băieți, se iau în considerație următoarele elemente :

1. Creșterea și dezvoltarea organelor genitale : testiculele, penisul, scrotul.

2. Apariția și dezvoltarea pilozității, zonele pe care le cuprinde (pubiană, axilară, pe față, pe corp), tipul de păr, abundența, forma de inserare.

3. Aspectul dezvoltării fizice generale (creșterea în înălțime și greutate, modelarea formelor corporale după „modelul" masculin).

4. Vîrsta osoasă.

1. Primul semn al debutului pubertății masculine este *creșterea în volum a testiculelor*, care începe în jurul vîrstei de 12 ani și se continuă aproximativ pînă la 17 ani, cînd testiculele ating dimensiunile și forma caracteristică vîrstei adulte. Creșterea testiculelor este mai rapidă în primii 2—3 ani de la debutul pubertății, iar dimensiunile se apreciază în mm lungime și lățime, în volum sau după măsurători standard indicînd statusul de dezvoltare (orhitometrul tip Prader).

În jurul vîrstei de 15—16 ani în evoluția testiculelor se definitivează funcția de spermatogeneză. Băiatul poate să procreeze.

Penisul începe să crească aproximativ la 12 ani, creșterea fiind mai evidentă la 14 ani, și atinge dimensiunile vîrstei adulte la 18—19 ani. Prepuțul se pigmentează, glandul devine ușor decalotabil.

Scrotul se dezvoltă în jurul vîrstei de 12—13 ani, se faldurează prin cute longitudinale și transversale, se pigmentează în special pe rafeu.

Măsurarea și interpretarea creșterii și dezvoltării organelor genitale la pubertate este o problemă medicală ; ea va fi făcută și interpretată de medic.

2. Concomitent cu dezvoltarea organelor genitale, *apar caracterele sexuale secundare*, dintre care pilozitatea este cea mai constantă și caracteristică.

Pilozitatea pubiană apare în medie la vîrsta de 12—13 ani, devine abundentă și capătă aspect tipic masculin, ca la adult, către 17—18 ani. În raport cu creșterea

organelor genitale, a penisului și a scrotului, pilozitatea pubiană apare puțin mai tardiv. În jurul vîrstei de 15 ani cuprinde întreaga zonă a organelor genitale, luînd forma unui triunghi cu vîrful în jos și baza la nivelul pubisului. Firele de păr sînt groase, creț și închise la culoare. În jurul vîrstei de 17—19 ani, pilozitatea pubiană urcă spre ombilic, căpătînd forma rombică caracteristică vîrstei adulte.

Pilozitatea axilară începe să apară în jurul vîrstei de 14 ani, se dezvoltă lent dar progresiv, atinge forma caracteristică vîrstei adulte la 17—18 ani.

Pilozitatea facială, pilozitatea pe membre și corp apare în jurul vîrstei de 15 ani, dar ritmul de creștere, densitatea și forma de dezvoltare prezintă mari variații etnice și individuale. În general, capătă forma caracteristică vîrstei adulte la aproximativ 5—6 ani de la debutul pubertății.

3. *Alte caractere sexuale care apar la pubertate.*

— *Modificări ale scheletului.* Scheletul osos devine puternic și viguros, forma corpului se modelează, conform fenotipului masculin : umeri lați, depășind linia șoldurilor, bazin îngust. Musculatura scheletică este bine reprezentată, stratul adipos redus.

— *Modificări la nivelul sînilor.* În perioada pubertății și la băieți sînii sînt sediul unor modificări. Areola crește în diametru și se pigmentează, mamelonul proemină.

Relativ frecvent, dar fără semnificație patologică, pot să apară tumefacții ale glandei mamare, uni- sau bilaterale. Dimensiunile pot varia de la o formațiune lenticulară discret palpabilă pînă la o formațiune de mărimea unui sîmbure de cireașă, poate să fie nedureroasă sau ușor sensibilă la presiune. Aproape totdeauna involuează spontan la sfîrșitul pubertății.

— *Schimbarea vocii.* Timbrul vocii se modifică, stabilindu-se la o tonalitate specifică vocii bărbătești. Pînă se ajunge la această fază există o perioadă intermediară între 13 și 15 ani cînd vocea are caracter bitonal, se modifică în timpul vorbirii de la o tonalitate înaltă ascuțită, la o tonalitate joasă baritonală.

— *Modificări la nivelul pielii.* Glandele pielii se activează, atît cele sudoripare (puberii au o secreție sudorală abundentă și puternic mirositoare), cît și cele sebacee, ceea ce dă tegumentelor un aspect lucios. Zonele cele mai afectate sînt fața, în special fruntea și partea superioară a toracelui. Prin infectarea punctelor seboreice se dezvoltă *acneea juvenilă*, dermatoză caracteristică perioadei de pubertate. Este bine ca îngrijirea acneei juvenile să se facă într-un serviciu de specialitate (dermatologie sau cosmetică), tratamentul necorespunzător putînd lăsa pe față sau pe regiunea afectată a corpului cicatrice inestetice.

— *Ejaculări spontane de lichid spermatic,* cunoscute sub denumirea de polușii ; ele apar de obicei în timpul nopții, sînt datorate stării de prea-plin a veziculelor seminale și excitării produse de vise erotice, lecturi cu caracter erotic, imaginații erotice etc. Prima polușie se consideră a fi momentul intrării în pubertate ; ele nu au totuși un caracter definitoriu asupra evoluției. Polușiile apar în jurul vîrstei de 14—15 ani și sînt manifestări normale la pubertate, numai frecvența excesiv crescută le poate transforma în manifestări patologice. În acest caz se apelează la medic.

Tabelul I cuprinde date asupra momentelor de apariție și desfășurare a principalelor elemente de sexualizare puberală la băieți. Aceste date sînt orientative, variațiile individuale fiind foarte mari. Pentru orice situație de incertitudine apelați la cunoștințele și com-

petența cadrelor de specialitate, medici pediatri, medici de medicină generală, medici endocrinologi.

Tabelul 1

Momentele dezvoltării pubertății normale la băieți

Vîrsta în ani	*Caracterele*
10	Organele genitale de dimensiuni și aspect infantil
11—12	Crește volumul testiculelor
12—13	Continuă creșterea testiculelor
	Crește penisul, la început în lungime. Pielea scrotului se înroșește, se cutează, volumul se mărește. Apar fire răzlețe de păr pubian, în special la baza penisul
	Ritmul creșterii în înălțime se accentuează
13—14	Cresc progresiv testiculele și penisul
	Scrotul se mărește și se pigmentează
	Pilozitatea pubiană se accentuează, apar peri bine implantați, de culoare închisă și ondulați
	Apare pilozitatea axilară
	Se continuă accelerat creșterea în înălțime
14—15	Apare pilozitatea facială, care debutează pe buza superioară și se extinde spre obraz
	Pilozitatea axilară este bine reprezentată Se activează secreția glandelor pielii, sudoripare și sebacee.
	Apare acneea juvenilă, predominant pe față și partea superioară a toracelui
	Prima ejaculare sub formă de poluție nocturnă
15—16	Testiculele, penisul și scrotul sînt bine dezvoltate
	Funcția de spermatogeneză a testicululuí este prezentă
	Pilozitatea pubiană are formă de triunghi cu baza pe pubis.
	Schimbarea vocii
17—18	Organele genitale de dimensiuni și formă caracteristice vîrstei adulte
	Pilozitatea pubiană avansează spre ombilic căpătînd formă rombică.
	Se dezvoltă pilozitatea facială și corporală
	Formele corporale capătă aspectul „modelului" masculin, scheletul osos este puternic, musculatura bine reprezentată, stratul adipos redus, umerii lați, toracele lung, șolduri înguste. Se închid cartilajele de creștere și încetează creșterea în înălțime

Aspectele sexualizării puberale normale la fete

În raport cu vîrsta cronologică, pubertatea începe și se desăvîrșește mai devreme la fete decît la băieți. Avansul fetelor față de băieți este de aproximativ 2 ani. Primele fenomene care anunță începutul pubertății la fete apar în jurul vîrstei de 10—11 ani (la băieți 12—13 ani) iar maturarea generală sexuală se realizează în jurul vîrstei de 16 ani (la băieți 17—18 ani).

Ca și la băieți, sexualizarea puberală la fete se suprapune și este condiționată de un anumit grad de dezvoltare generală a organismului.

Criteriile de apreciere a desfășurării fenomenului de sexualizare puberală iau în considerație toate elementele care evidențiază stadiul dezvoltării generale a organismului, cum sînt: creșterea în înălțime și greutate, modularea formelor corporale după „modelul" feminin, vîrsta osoasă.

La criteriile de apreciere a evoluției generale a pubertății, se adaugă criterii specifice evoluției sexualizării puberale la fete, dependente de creșterea, dezvoltarea și diferențierea aparatului genital feminin, dar mai ales de intrarea în stadiul de funcționalitate a întregului eșafodaj de care depinde sexualizarea puberală. Acestea sînt: apariția ciclului menstrual și a caracterelor sexuale secundare (creșterea sînilor, apariția pilozității pe zone și de aspect specific sexului feminin, modelarea formelor corporale de asemenea după „modelul" feminin).

În aprecierea stadiilor sexualizării pubertare vom relua fiecare aspect în parte. Cum principalele transformări se realizează la nivelul aparatului genital, prezentăm o succintă schemă *a aparatului genital feminin* (fig. 3 a, b).

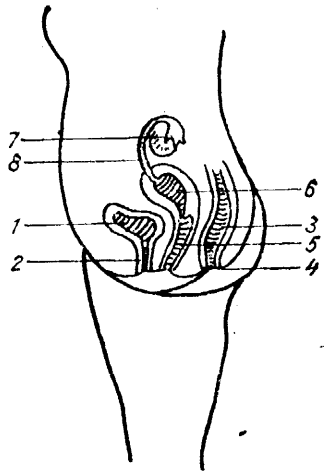

Fig. 3 a. — Organele genitale interne la femeie — secțiune medio-sagitală (după Kurt Seelman) : *1* — vezica urinară ; *2* — uretra ; *3* — rectul ; *4* — anusul ; *5* — vaginul ; *6* — uterul ; *7* — ovarul ; *8* — trompa.

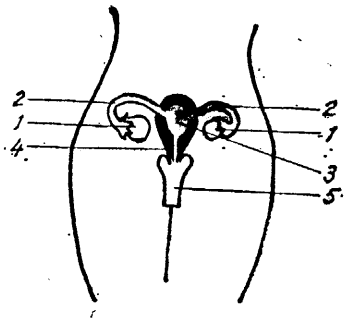

Fig. 3 b. — Organele genitale interne la femeie — secțiune transversală (după Kurt Seelmann) : *1* — cele două ovare (ovarul drept și ovarul stîng) ; *2* — trompele ; *3* — uterul ; *4* — colul uterin ; *5* — vaginul

Organele genitale externe

Aparatul genital la femeie este format din organe genitale externe și organe genitale interne, cu glandele anexe.

Organele genitale externe sînt : muntele Venus, labiile (buzele) mari și mici, clitorisul.

Toate împreună alcătuiesc vulva.

Muntele Venus este o ridicătură triunghiulară, așezată înaintea simfizei pubiene și deasupra labiilor mari. La pubertate, muntele Venus se acoperă de păr.

Labiile mari sînt două cute tegumentare așezate în direcție antero-posterioară, mărginind lateral depicatura vulvară ; în sus se continuă cu muntele Venus, formînd comisura anterioară, în jos se unesc la mică distanță de anus, formînd comisura posterioară. Fețele exterioare sînt acoperite de păr, fețele interne sînt formate din piele subțire, cu numeroase glande sebacee și sudoripare.

Labiile mici sînt de asemenea două cute tegumentare așezate paralel și înlăuntrul labiilor mari ; între ele se delimitează spațiul vaginal.

— *Vestibulul vaginal și himenul.* La virgine vestibulul vaginal este delimitat către exterior de o membrană fibroasă, perforată (lasă să se scurgă sîngele menstrual), care la primul contact sexual se rupe. Această membrană este *himenul* și este singurul semn al virginității. Către interior, vestibulul vaginal se continuă cu canalul vaginal.

Clitorisul este un organ impar anatomic analog cu penisul la bărbat, situat median, imediat sub comisura anterioară a labiilor mici, deasupra orificiului ureteral. Ca structură, clitorisul este format din corpii cavernoși înveliți într-o membrană fibro-elastică, are funcție erectilă și este unul din organele cu importanță deosebită în realizarea senzațiilor de voluptate la femeie.

Orificiul ureteral — fără a face parte din organele genitale — este orificiul de eliminare a urinii ; el se deschide tot la nivelul vulvei, deasupra orificiului vaginal. Importanța practică a acestei vecinătăți o constituie faptul că infecții ale organelor genitale, vulvare sau vaginale pot să contamineze și căile de eliminare a urinii, să ducă la „infecție urinară".

Glande cu rol de secreție externă și rol de organe erotogene, situate la nivelul vulvei, sînt *glandele Bar-*

tholin, corpusculii voluptății, situate pe suprafața labiilor mici și *bulbii vestibulului,* situați pe părțile laterale și inferioare ale vaginului.

Organele genitale interne

Organele genitale interne sînt: uterul, ovarele, trompele și vaginul.

Ele sînt situate în micul bazin, fiind protejate posterior și lateral de inelul osos al acestuia, inferior de planșeul perineal, format din mușchi, fascii, vase și nervi. Planșeul perineal este o formațiune suplă, făcînd posibilă dilatarea orificiului vaginal la trecerea capului copilului în timpul nașterii.

Uterul este un organ impar, situat median în partea cea mai de jos a micului bazin, are formă de pară turtită, așezată cu partea lată în sus. Aceasta formează ceea ce se numește *corpul uterin.* Partea îngustă privind în jos formează *colul uterin,* iar prin *canalul colului uterin* se face comunicarea cu vaginul. Colul uterin proemină la nivelul planșeului vaginal.

Uterul este un organ muscular căptușit în interior de o mucoasă bine vascularizată. Este organul la nivelul căruia, sub influența hormonilor sexoizi, se produc modificări ciclice lunare, ceea ce constituie „ciclul menstrual", expresie caracteristică a activității sexuale la femeie. Asupra acestor modificări vom reveni în capitolul „Menstruația".

În situația de „sarcină", uterul este organul în care se dezvoltă și crește produsul de concepție — fătul — în cele 9 luni de gestație, pînă la naștere.

În această perioadă, modificările care au loc sînt deosebite ; nu ne vom opri asupra lor dar subliniem importanța uterului ca organ „receptor" al tuturor modificărilor stării funcționale sexuale (ciclul menstrual, sarcină).

***Ovarele sau gonadele feminine* sînt glande pereche** situate pe părțile laterale ale uterului și deasupra trompelor. Ele sînt fixate de organele vecine prin ligamente. Cu mici diferențe de mărime și greutate, în raport cu perioada funcțională (preovulație, ovulație, sarcină), ovarele au greutatea de circa 4—8 g, formă ovală și consistență elastică. Ovarele îndeplinesc în organism două funcții : funcția de ovulație și funcția de glande endocrine, prin secreția de hormoni sexoizi.

În interiorul ovarelor se găsesc, de la formarea lor (din perioada vieții intrauterine), „celulele germinative". Ele se află în număr foarte mare, aproximativ patru sute de mii, din care ajung să se matureze unul în fiecare lună, pe toată perioada vieții sexuale a femeii (de la 15 la 45—50 de ani), în medie patru sute.

Rolul ovarelor în aceste perioade este de „maturare" și „expulzare" a ovulului matur în trompe. Aceasta este funcția de ovulație. Funcția endocrină se realizează sub influența factorilor neuro-endocrini, dintre care hormonii stimulanți hipofizari sînt cei mai importanți. Ovarele secretă în mod ciclic hormoni sexualizanți, dintre care foliculina și progesteronul sînt cei mai importanți. Rolul lor în sexualizare la pubertate și menținerea elementului de sexualizare este deosebit.

Trompele sînt două conducte ce fac legătura între ovare și uter. Capătul dinspre ovar este ușor lărgit și franjurat, capătul dinspre uter se unește cu acesta în partea superioară și laterală a acestuia.

Ovulul matur expulzat de ovar este aspirat, prin mecanisme biochimice, la capătul ovarian al trompei.

Fecundația ovulului de către spermatozoid se face în trompă. Drumul pînă la acest punct îl face spermatozoidul, care are o mai mare mobilitate. După fecundație, „oul" rezultat coboară în uter, unde se fixează pe mucoasa uterină. Dacă fecundația nu a avut

loc, ovulul cade în uter, de unde va fi eliminat odată cu sîngele menstrual.

Vaginul este un conduct musculo-membranos cu o lungime de aproximativ 7—8 cm, situat între uter și vulvă. Extremitatea superioară a vaginului comunică cu uterul prin orificiul colului uterin; extremitatea inferioară se deschide în vulvă la nivelul vestibulului vaginal. Vaginul este calea de eliminare a fluxului menstrual, calea de intrare a lichidului spermatic, iar în timpul nașterii, canalul de expulzie a copilului.

Vaginul are rol important în actul de copulație, realizînd, prin contracțiile ritmice pe care le activează tensiunea erotică a femeii, fenomenul de orgasm (descărcarea nervoasă bruscă, ce conferă satisfacția finală a actului sexual).

Organele genitale la pubertate

Organele genitale externe. Se modifică orientarea vulvei, care în timpul copilăriei este orientată vertical, iar la pubertate coboară în jos și înapoi, ajungînd să se instaleze între coapse, în poziție orizontală.

Organele genitale interne nu sînt vizibile la observația directă, dar la nivelul lor se petrec cele mai importante transformări. Transformările care au loc la nivelul uterului și ovarelor sînt morfologice, de dezvoltare și diferențiere tisulară, dar mai ales legate de intrarea lor în stadiul funcțional. Rezultat al intrării organelor genitale în stadiul funcțional este instalarea „ciclului menstrual", eveniment deosebit de important în desfășurarea manifestărilor puberale.

Menstruația

Termenul de menstruație vine de la cuvîntul latin *mensis*, care înseamnă lună. El definește scurgerea de sînge din cavitatea uterină care se elimină prin vagin

și se produce lunar. Este un fenomen biologic specific modului de funcționare a aparatului genital feminin și este determinat de un complex de factori neuro-endocrini și metabolici.

Prima menstruație apare la fete în jurul vîrstei de 13 ani, dar există o mare variabilitate individuală a momentului de apariție, limitele normale fiind între 10 ani și 6 luni și 15 ani. În contextul dezvoltării generale a organismului, prima menstruație constituie evenimentul „cheie", el semnificînd „vizibil" intrarea în stare de funcționare a aparatului genital feminin. În afara importanței ca eveniment biologic prima menstruație este pentru fete și un eveniment psihic. Ea reprezintă momentul conștientizării trecerii de la perioada copilăriei la o altă perioadă — „necunoscută". Modul de a privi această trecere este variabil de la individ la individ, unele fetițe, în dorința de a ajunge mari, primind cu mulțumire această confirmare a maturizării lor, dar majoritatea o privesc cu teamă, cu neliniște, uneori cu un sentiment de culpabilitate. Pentru a micșora această tensiune psihică, foarte frecventă la apariția primei menstruații, fetițele trebuie prevenite.

În jurul vîrstei de 10—12 ani, cînd sînii încep să crească și pilozitatea pubiană și axilară începe să apară, mamele trebuie să informeze fetițele asupra posibilității apariției ciclului menstrual. Explicația trebuie să fie simplă, naturală și să insiste asupra normalității acestui eveniment și asupra măsurilor de igienă necesare în aceste împrejurări.

Dacă fetița cere informații suplimentare pe care mama nu le poate da sau apariția ciclului menstrual pune unele probleme (a apărut prea devreme sau prea tîrziu sau alte situații) este bine ca împreună, mama

și fata, să apeleze pentru informații și consultații la medic (medic de medicină generală, medic ginecolog sau endocrinolog).

Cîteva date succinte asupra desfășurării ciclului menstrual, sperăm să ajute atît pe mame, pentru a putea explica fetițelor semnificația acestui eveniment, cît și pe fete pentru a se informa. Apariția și evoluția ciclului menstrual sînt reglate de mecanisme hormonale complexe, dintre care hormonii stimulanți hipofizari sînt cei mai importanți. Răspunsul la stimulii hormonali specifici, respectiv transformările care au loc, se realizează la nivelul organelor genitale feminine, ovarele și uterul. Este important de reținut acest fapt, pentru că tulburări ale ciclului menstrual pot fi cauzate de lipsa sau insuficiența secrețiilor glandelor endocrine sau de stări patologice la nivelul organelor genitale (dezvoltare insuficientă, inflamații etc.). „Ciclul menstrual" este cuprins între timpul scurs de la prima zi a unei menstruații pînă la prima zi a menstruației următoare. Este în medie de 28 de zile, cu limite normale între 24 și 32 de zile. Timpul cît durează pierderea de sînge (menstruația) este de 3—5 zile, iar cantitatea de sînge pierdut este de 50—100 ml.

Din primele zile ale ciclului menstrual, un folicul ovarian intră în stadiul de maturație (totdeauna unul singur și alternativ la cele două ovare). Sub influența hormonului foliculostimulant secretat de hipofiză, ovulul pe cale de maturație secretă *foliculină*. În această perioadă mucoasa uterină se îngroașă, proliferează, se vascularizează. Cînd ovulul devine matur, după perioada de maturație de circa 14 zile, deci aproximativ a 14-a zi de la începutul menstruației, foliculul se rupe și ovulul este expulzat în trompă. Acest proces se numește „ovulație" și poate fi resimțit clinic prin dureri abdominale, stări de neliniște și nervozitate, apariția de glere, posibil sanguinolente, în vagin. Este așa-numitul „*sindrom intermenstrual*" cu mari variații individuale, de la inexistența/neperceperea nici unei senzații, pînă la apariția unor stări depresive accentuate. Aceasta este și perioada de cea mai mare fertilitate, posibilitatea fecundației fiind maximă la un contact sexual între ziua a 10-a și a 18-a de la începutul menstruației, la un ciclu menstrual regulat de 28—30 de zile. După expulzarea ovulului, foliculul se transformă în *corpul galben* — un grup de celule secretorii, cu funcție temporară de glandă endocrină și care secretă *progesteronul*. În următoarele 7—10 zile cît sînt necesare ovulului să migreze din trompă în uter (fecundația are loc numai la nivelul trompei), sub influența progesteronului mucoasa uterină se încarcă cu substanțe nutritive, necesare creșterii eventualului embrion, dacă ovulul a fost fecundat. Dacă fecundația nu a avut loc, corpul galben se atrofiază, urmează o scădere a secreției hormonilor sexuali (foliculina și progesteronul). Datorită acestei scăderi mucoasa uterină îngroșată se detașează, ovulul este eliminat odată cu sîngele menstrual, rezultat din ruperea vaselor sanguine uterine. Apare „menstruația" și cu aceasta un nou ciclu de maturare foliculară se pregătește.

La pubertate primele cicluri menstruale sînt neregulate, de obicei mai lungi, pot apărea la 6—8 săptămîni sau chiar mai mult. Reglarea ciclului menstrual se face între 6 luni și 1 an de la apariție, dar și această perioadă poate fi mai prelungită fără o cauză patologică.

Cu cîteva luni înaintea apariției primei menstruații, fetițele pot să acuze dureri sau senzație de jenă și balonare în partea inferioară a abdomenului și apariția unei scurgeri vaginale albicioase în cantitate moderată, fără miros. Este așa-numita *leucoree de pubertate*, fără

semnificație patologică. În aceste perioade fetițele trebuie învățate și obișnuite cu practicarea unor reguli (obiceiuri) de igienă, spălatul dimineața și seara al organelor genitale, cu dușul sau în orice caz prin turnare. Este mai puțin indicată folosirea ligheanului, iar dacă acest lucru nu poate fi evitat, este absolut necesar un lighean personal.

De la primele menstruații și în continuare, în perioada pre- și intramenstruală (2—3 zile înainte și în primele zile ale menstruației), majoritatea femeilor acuză o stare proastă — de oboseală și tensiune, uneori dureri în regiunea lombară și abdomenul inferior, lipsă de poftă de mîncare, ușoară creștere în greutate. La fetițe în primii 3—5 ani de la apariția ciclului menstrual aceste fenomene sînt mai accentuate. Nu reprezintă o stare patologică propriu-zisă, dar este necesar ca în această perioadă fetele și femeile în general să nu facă eforturi fizice și psihice deosebite.

Ca noțiune generală se consideră că descărcarea ritmică a hormonilor în perioada ciclului menstrual face ca manifestările sexualității la femei să fie mai blînde, mai încărcate de afectivitate și raționament.

Momentele evoluției sexualizării puberale normale la fete

Pentru aprecierea stadiilor de evoluție a sexualizării puberale la fete sînt luate în considerație următoarele elemente :

1. Dezvoltarea sînilor.
2. Dezvoltarea pilozității pubiene și axilare.
3. Tranformările la nivelul aparatului genital.
4. Apariția ciclului menstrual.
5. Modificarea formelor corporale după fenotipul specific feminin.
6. Vîrsta osoasă.

1. *Dezvoltarea sînilor este primul semn al sexualizării la fete,* martor al intrării în activitate a hormonilor sexualizanți ovarieni. Începutul dezvoltării sînilor apare în jurul vîrstei de 11 ani, se continuă progresiv încă 3—4 ani de la debut, în jurul vîrstei de 14—15 ani sînii fiind complet dezvoltați. În evoluția dezvoltării sînilor sînt descrise 5 stadii (după J. M. Tanner).

Stadiul I — glanda mamară nedezvoltată, areola ușor reliefată sînt caracteristice stadiului prepuberal, vîrsta 9—10 ani.

Stadiul II — glanda mamară începe să crească, se reliefează ca o mică ridicătură sub mamelon, vîrsta 10—11 ani.

Stadiul III — glanda mamară continuă să crească, sînul capătă contur, vîrsta 12—13 ani.

Stadiul IV — sînul este bine reliefat, areola bine conturată, mamelonul proeminent. Mamelonul și areola se pigmentează — vîrsta 14—15 ani.

Stadiul V — sînul complet dezvoltat, mamelonul proeminent, vîrsta 15—16 ani.

Dezvoltarea sînilor poate fi ușor asimetrică, fără a avea nici o semnificație patologică.

2. *Dezvoltarea pilozității la sexul feminin se limitează la pilozitatea pubiană și axilară.* Pilozitatea pubiană apare prima, în jurul vîrstei de 11 ani, sub formă de fire răzlețe, pe pubis și labiile mari. În stadiile următoare, vîrsta 12—13 ani, perii pubieni devin încrețiți, cu firul mai gros, închiși la culoare și ocupă întreaga suprafață pubiană, luînd forma unui triunghi cu vîrful în jos și baza puțin deasupra simfizei pubiene. În jurul vîrstei de 14—16 ani, pilozitatea pubiană capătă aspectul caracteristic vîrstei adulte.

Pilozitatea axilară apare aproximativ la un an și jumătate de la ivirea pilozității pubiene, în 2—3 ani atingînd abundența caracteristică vîrstei adulte.

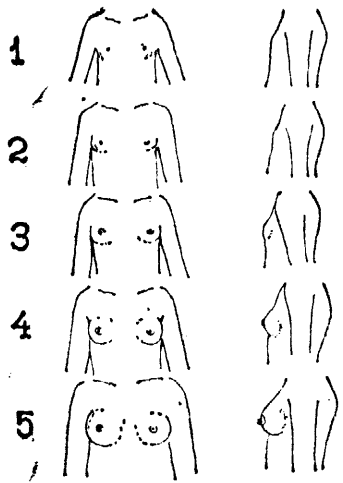

Fig. 4. — Stadiile dezvoltării sînilor la fete (clasificare după J. M. Tanner).

3. *La nivelul aparatului genital* sînt vizibile numai transformările organelor genitale externe.

Se modifică orientarea vulvei, care din poziția verticală devine orizontală și se situează între coapse, se dezvoltă labiile mari și labiile mici, labiile mari se pigmentează. Clitorisul crește și devine erectil, iar glandele Bartholin încep să secrete. Concomitent se dezvoltă și organele genitale interne, ovarele, uterul și vaginul. Dezvoltarea și diferențierea lor se evidențiază mai ales prin intrarea în stadiul funcțional (vezi cap. „Organele genitale feminine").

4. *Apariția ciclului menstrual.* Primul ciclu menstrual apare între 11 și 14 ani, vîrsta medie fiind de 13 ani. Primele menstre sînt anovulare (nu se produce ovulația — vezi cap. „Menstruația") și adesea aritmice, de obicei cu cicluri mai lungi. Rar, dar posibil, primele menstre pot să fie foarte abundente, adevărate

hemoragii. În aceste cazuri se apelează urgent la un consult medical de specialitate (medic ginecolog sau endocrinolog).

5. *Modelarea formelor corporale* începe odată cu debutul pubertății, cu accelerarea ritmului de creștere în înălțime, urmată de creșterea în greutate. Oasele scheletului sînt mai subțiri, cu tuberozități puțin reliefate, musculatura relativ slab dezvoltată, stratul adipos bine reprezentat și cu topografie specifică sexului : pe coapse, pe pubis, pe abdomen și fese. Bazinul este larg, egal sau depășește ușor umerii, mersul este ușor legănat, pielea subțire și catifelată, acneea puberală are o frecvență mai mică decît la băieți. Pilozitatea corporală este rară, cu fire subțiri, pilozitatea capului abundentă, cu fire subțiri și lungi.

În jurul vîrstei de 13—14 ani, odată cu dezvoltarea sînilor, corpul adolescentelor capătă aspectul caracteristic fenotipului feminin.

În jurul vîrstei de 16 ani cartilajele de creștere se închid și odată cu aceasta se oprește creșterea în înălțime.

6. *Vîrsta osoasă* se apreciază radiografic după apariția anumitor puncte de osificare. Este un examen strict medical și de specialitate. În mod normal apariția „anumitor" puncte de osificare se suprapune în timp cu apariția „anumitor" evenimente puberale cum sînt accelerarea ritmului de creștere staturală (saltul statural), apariția primului ciclu menstrual etc. Este important a se aprecia vîrsta osoasă mai ales în cazul tulburărilor de creștere în înălțime (adolescenți prea scunzi sau prea înalți).

Dezvoltarea fizică este completă. Apariția celui de al treilea molar (măseaua de minte) la fete cît și la băieți încheie ciclul de creștere și dezvoltare ; se continuă adaptările funcționale. Prin efortul pe care orga-

Tabelul II

Momentele dezvoltării pubertății normale la fete

Vîrsta în ani	*Caracterele*
Sub 9	Forma corporală și a organelor genitale de aspect infantil
10—11	Apare creșterea sînilor (mugurele mamar în stadiul II, talia)
	Începe accelerarea ritmului de creștere în înălțime
	Apar discrete modificări la nivelul organelor genitale externe, vulva începe să-și schimbe orientarea din verticală în orizontală
11—12	Sînii se dezvoltă în continuare
	Apar fire răzlețe de păr pubian
	Ritmul creșterii în înălțime se accelerează, se realizează saltul statural
	Cresc progresiv organele genitale externe și interne
13	Sînii sînt bine dezvoltați (stadiul III—IV)
	Pilozitatea pubiană ocupă toată regiunea pubiană și labiile mari, fire bine implantate, ondulate
	Apare pilozitatea axilară
	Apare primul ciclu menstrual
14—15	Sînii de dimensiuni și aspect caracteristic vîrstei adulte (stadiul V)
	Pilozitatea pubiană și axilară prezentă, de aspect caracteristic vîrstei adulte
	Cicluri menstruale regulate, ovulatorii. Este posibilă sarcina
16	Maturarea sexuală completă
	Se închid cartilajele de creștere și se sistează creșterea în înălțime

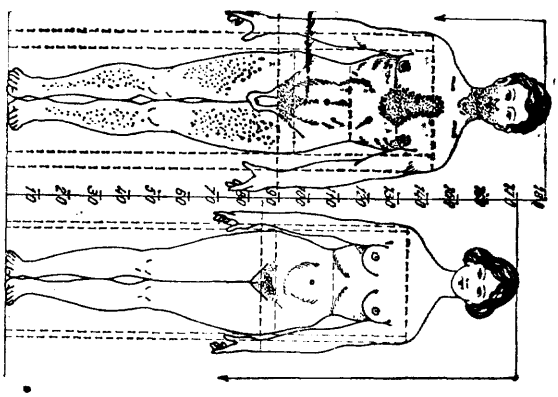

Fig. 5. — Schema deosebirilor morfologice între sexe (după Stratz, din V. Eickstedt).

nismul l-a făcut pentru creșterea și diferențierea corporală a lăsat neîmplinite unele sisteme funcționale și de adaptare, cum sînt sistemul circulator, aparatul respirator, sistemul neurovegetativ și metabolismul. Este încă o perioadă „fiziologică sensibilă" fapt de care trebuie să țină seama atît adolescenții (să nu se expună unor situații de efort prea mari) cît și părinții și educatorii, în solicitările pe care le cer acestora. Pot să apară în această perioadă tulburări de circulație, variații ale tensiunii arteriale, hipo- sau hipertensiune funcțională, tulburări în metabolismul calciului — spasmofilie etc. Vom reveni asupra acestor aspecte în capitolul „Aspecte patologice la adolescență".

În figura 5 este prezentată schema deosebirilor morfologice între cele două sexe.

3

Tulburări în evoluția fenomenelor pubertății

Deși există o mare variabilitate individuală a vîrstei la care apar fenomenele de pubertate, există și niște limite acceptate ca normale. Sub și peste aceste limite, normalitatea evoluției pubertare este pusă sub semnul întrebării iar atitudinea ce trebuie luată devine o problemă medicală. Pentru oricare din situațiile prezentate mai jos se va apela la consult medical.

Pubertatea precoce

Se consideră pubertate precoce situația în care caracterele sexuale apar la fete înaintea vîrstei de 8 ani, la băieți înaintea vîrstei de 10 ani.

Pubertatea precoce poate să fie *completă* sau adevărată, cînd apar succesiv toate semnele de evoluție pubertară, și *disociată*, cînd apar numai o parte din semnele evoluției pubertare.

Pubertatea precoce adevărată este forma cea mai des întîlnită ; ea poate să apară la orice vîrstă (de la

1 la 8 ani), este mai frecventă la fete, prezintă fenomenul de „ovulație" deci este fecundantă ; fetițele pot să rămînă gravide la această vîrstă. Sînt citate cazuri de sarcini și nașteri la fetițe între 5 și 8 ani.

Dezvoltarea fizică (talia și greutatea) a acestor copii este la început peste media copiilor de aceeași vîrstă, dar ulterior creșterea în înălțime, oprindu-se mai devreme, copiii rămîn la o statură mică. Ordinea de apariție a fenomenelor pubertare este aceeași ca în pubertatea normală.

La băieți inițial apare creșterea testiculelor, urmată de creșterea penisului, ulterior apare pilozitatea pubiană, axială și facială specifică. *La fete* inițial se dezvoltă glandele mamare și organele genitale externe, ulterior apar pilozitatea pubiană și axilară și ciclul menstrual.

Ritmul de apariție poate fi accelerat, maturizarea sexuală să se realizeze în 2—3 ani (normal în 4—5 ani). Dezvoltarea psihică și mentală este cea corespunzătoare vîrstei dar pulsiunile sexuale apar mai devreme. Este important acest fapt pentru că acești copii trebuie supravegheați în mod deosebit, în sensul preocupărilor lor sexuale. Decalajul mare între posibilitățile lor de discernămînt și pulsiunile sexuale pot să-i facă victimele unor avansuri sexuale din partea unor persoane adulte ori ei înșiși, preocupați de împlinirea sexuală, să încerce a practica diverse forme de perversiuni sexuale.

Apariția primului ciclu menstrual între vîrsta de 8 și 10 ani se consideră pubertate precipitată. Atitudinea este expectativă și desigur de susținere psihică și afectivă. Fetițele în aceste situații sînt impresionate de transformările formelor lor corporale (dezvoltarea sînilor, a pilozității pubiene și axilare etc.) și mai ales de

deosebirile care apar între ele și colegele de aceeași vîrstă.

Pubertatea precoce disociată se referă fie la dezvoltarea precoce a glandelor mamare la fete, fie la dezvoltarea precoce a pilozității pubiene la fete și băieți.

Dezvoltarea precoce a glandelor mamare la fete poate să înceapă în jurul vîrstei de 1—2 ani dar poate să fie și continuarea hiperplaziei neonatale (criza genitală a nou-născutului). Mameloanele sînt nedezvoltate, areolele nepigmentate, glanda mamară apare ca o ridicătură submamelonară, de mărime variabilă. Dezvoltarea glandei mamare nu este însoțită de alte semne de dezvoltare a organelor genitale sau de alte caractere sexuale secundare. Atitudinea este de expectativă, pînă la vîrsta normală de apariție a pubertății cînd dezvoltarea glandelor mamare se va definitiva.

Apariția precoce a pilozității pubertare la fete poate să apară de la 2—3 ani, la băieți de la 8 ani. Pilozitatea pubiană apare sub formă de fire de păr răzlețe implantate pe regiunea pubiană. Nu este însoțită de nici un alt semn de maturație sexuală. Pubertatea adevărată poate să apară la vîrstă normală, fără alte dificultăți.

Pubertartea tardivă sau întîrziată

Pubertatea tardivă sau întîrziată este mai frecventă decît pubertatea precoce. Se etichetează pubertatea tardivă situația în care pînă la vîrsta de 15 ani la băieți nu a debutat creșterea în volum a testiculelor și nici apariția altor fenomene de sexualizare; la fete, dacă pînă la 14 ani nu au apărut semnele începutului dezvoltării glandelor mamare. Pubertatea tardivă poate fi cauzată de :

— un defect genetic de programare cu caracter familial. Este forma cea mai des întîlnită și, în această situație, deși debutul pubertății este tardiv evoluția ulterioară este normală ;

— unele defecte structurale și funcționale al glandelor endocrine cum sînt hipofiza, tiroida sau/și gonadele ;

— o întîrziere generală a maturizării organismului din cauza unor boli cronice cum sînt : cardiopatiile congenitale, nefropatiile cronice, diabetul, anemiile hemolitice etc.

Pentru stabilirea atitudinii și tratamentului în fiecare caz în parte, pe lîngă examenul clinic (constatarea apariției elementelor de sexualizare) sînt necesare investigații complementare (examene de laborator, dozări de hormoni, cercetarea vîrstei osoase etc.) pentru a se putea recunoaște cauza care determină aceste tulburări. Numai îndepărtînd sau ameliorînd prin tratament cauza se poate restabili echilibrul normal al evoluției.

Infantilismul genital

Se etichetează infantilism genital, absența semnelor de maturitate sexuală peste vîrsta de 17 ani la fete și de 18 ani la băieți.

Am arătat în capitolele anterioare (vezi cap. „Sexualizarea") că toate elementele necesare sexualizării pubertare (sexul genetic, sexul gonadic, sexul neurocomportamental) se formează în perioada vieții intrauterine. Pubertatea este momentul de exprimare somatică și funcțională a întregului sistem neuro-endocrin

(hipotalamusul, hipofiza, glandele sexuale) și a organelor genitale de care depinde sexualizarea. Defecte preexistente, din perioada vieții intrauterine sau din copilărie, la oricare nivel de dezvoltare a elementelor de sexualizare, capătă expresie clinică la pubertate, adică o formă de manifestare (boală sau numai o formă atipică de dezvoltare) caracteristică organului și momentului în care a fost afectat. Există multe forme de manifestări (forme clinice) ale infantilismului genital. Nu intrăm în amănunte, sînt probleme de competență medicală. Important pentru adolescent și părinți este de a sesiza la timp existența unor defecte de dezvoltare, pentru a putea fi tratate în perioada optimă de receptivitate la tratament, adică în perioada desfășurării normale a pubertății.

Tulburări ale desfășurării fenomenelor pubertare care pot să apară separat

Tulburări în dezvoltarea somatică. Sînt reprezentate de creșterea exagerată în înălțime sau din contră rămînerea în urmă a creșterii staturale, în condiția apariției ritmului de dezvoltare normal al celorlalte elemente ale evoluției pubertare. În amîndouă situațiile, cauzele sînt cele mai adesea ereditare și familiale. Este necesar un consult medical pentru a depista cauza și a hotărî asupra atitudinii ce urmează să fie luată pentru fiecare caz în parte (expectativă, observație în continuare sau tratament).

Anomalii in dezvoltarea glandelor mamare pot să apară la fete și la băieți. Le vom prezenta separat. *La fete,* în perioada evoluției pubertare (vîrsta 13—15 ani), în cadrul unei evoluții normale a celorlalte elemente pubertare, dezvoltarea glandelor mamare poate să prezinte unele anomalii. Acestea sînt :

— *lipsa dezvoltării bilaterale a glandelor mamare* (aplazia glandelor mamare). Sînii nu sînt deloc dezvoltați deși adolescenta prezintă normal celelalte caractere sexuale primare și secundare ;

— *dezvoltarea insuficientă a glandelor mamare* (hipotrofia glandelor mamare). Sînii sînt mici putînd atinge gradul II sau III al dezvoltării glandelor mamare (vezi cap. „Dezvoltarea caracterelor sexuale la fete") ;

— *dezvoltarea asimetrică a glandelor mamare.* Un sînt este normal dezvoltat, celălalt nedezvoltat sau foarte puțin dezvoltat ;

— *dezvoltarea exagerată a glandelor mamare bilateral (macromastie).* Volumul și greutatea glandelor mamare poate să ajungă la dimensiuni foarte mari (greutate de 3—4 kg) ceea ce modifică ținuta adolescentei și desigur aspectul estetic al corporalității.

În toate situațiile prezentate, nu trebuie să neglijăm stările psihice negative pe care le pot determina. Cum tratamentele medicamentoase nu sînt eficiente în aceste situații, se recurge din ce în ce mai des la ajutorul chirurgiei estetice.

La băieți se observă relativ frecvent (aproximativ 30% din adolescenți), în perioada pubertății, o creștere a glandelor mamare uni- sau bilateral. De obicei, această creștere este moderată și trecătoare, durează aproximativ un an, după care se constată o involuție a glandelor mamare. Este ceea ce se numește *ginecomastia pubertară* și care, în general, nu pune probleme. Există, însă, situații în care ginecomastia pubertară se stabilizează indefinit, iar dezvoltarea poate să ajungă la dimensiunile sînilor unei adolescente normal sexualizate. Aceste situații pot să devină cauza unor șocuri

psihice pentru adolescent, el refuzînd să se dezbrace în fața colegilor, să facă sport etc.

Dacă condițiile locale ale sinului, dimensiunile, uneori durerea și starea psihică negativă pe care o are adolescentul pun probleme, se poate apela tot la tratamentul chirurgical.

Tulburări ale ciclului menstrual la pubertate și adolescență pot să apară de la debutul pubertății — *tulburări primare* — sau pe parcursul evoluției pubertare — *tulburări secundare*. În cadrul tulburărilor primare, forma cea mai gravă este *amenoreea primară*, adică lipsa ciclui menstrual în prezența evoluției normale a celorlalte semne ale pubertății (creșterea sînilor, a părului pubian, dezvoltarea somatică adecvată etc.). Cauzele pot fi complexe, genetice, endocrine, defecte la nivelul aparatului genital. Este necesar consultul medical în toate cazurile în care pînă în jurul vîrstei de 15—16 ani nu a apărut ciclul menstrual.

Amenoreea secundară apare la adolescente după o perioadă de cicluri menstruale normale (a nu se neglija faptul că primele cicluri menstruale pot fi neregulate) (vezi cap. „Menstruația"). Amenoreea secundară poate fi cauzată de stări psihice negative, de oboseală, de boli acute sau cronice apărute în perioada adolescenței. Este necesar un consult medical.

Ciclul menstrual reprezintă intervalul dintre două menstre ; în mod normal este de 28 pînă la 32 de zile, în mod patologic poate să se reducă sub 20—14 zile sau să fie mai prelungit — peste 32—34 zile.

Durata unei menstruații normale este de 3—5 zile, în mod patologic ea putîndu-se prelungi pînă la 7—8 zile, sau poate fi mai redusă, la 1—2 zile.

Fluxul menstrual (cantitatea de sînge eliminat în cursul unei menstre) este în mod normal de 50—100 ml ; în mod patologic pot să apară variații în minus, dar mai ales în plus față de cantitatea normală.

Aceste pierderi de sînge exagerate pot să conducă la anemii și la slăbirea organismului tinerelor fete.

În toate situațiile de tulburări ale ciclului menstrual este necesar controlul ginecologic.

Tabelul III

Vîrsta medie și limitele de vîrstă ale debutului pubertății

Manifestări ale debutului pubertății	*Vîrsta medie (ani)*	*Limita inferioară (ani)*	*Limita superioară (ani)*
Băieți			
Debutul creșterii în volum a testiculelor	12 1/4	10	14
Debutul creșterii în lungime a penisului	12 3/4	11	15
Primii peri pubieni	13 1/2	11 1/2	15 1/2
Fete			
Începutul dezvoltării sînilor	10 1/2	9	13
Primii peri pubieni	10 3/4	9 1/2	14
Primul ciclu menstrual	12 1/2	10 1/2	15

Virginitatea nu scutește adolescenta de posibilitatea unor afecțiuni ale organelor genitale și nu este motiv de contraindicație a controlului ginecologic.

4

Adolescentul și erosul

O scurtă legendă despre miticul Eros ne va ușura intrarea în subiect. „Eros" este zeul dragostei în mitologia greacă, fiul Afroditei — zeița frumuseții, el însuși înfățișat ca adolescent frumos, purtînd un arc și o tolbă cu săgeți. Săgețile lui purtau otrava dragostei și tînărul Eros se distra aruncînd săgețile lui, cînd la zei, cînd la muritori, încurcîndu-le relațiile după bunul său plac. El aducea bucuria vieții dar și suferințele care întovărășeau dragostea. În vremea aceea, un rege avea trei fiice dintre care una, pe nume Psyche, era atît de frumoasă încît lumea spunea că este mai frumoasă decît Afrodita zeița frumuseții. Auzind acestea, zeița s-a mîniat cumplit și l-a chemat pe Eros dîndu-i poruncă să o pedepsească pe muritoarea care a îndrăznit să aibă atîta farmec încît oamenii să ajungă să o compare cu ea.

— „Vei coborî pe pămînt și o vei face să se îndrăgostească de cel mai urît și respingător om de pe pămînt, pe care nici o femeie n-ar accepta să se apropie măcar de ea" ... i-a poruncit Afrodita.

Eros coborî din Olimp, dar, cînd dădu cu ochii de minunea de grație și frumusețe a fecioarei urgisite de zeiță, se îndrăgosti el însuși de Psyche, pe care o răpi și o ascunse într-un palat vrăjit, departe de ochii zeilor și ai oamenilor.

Invizibila prezență, ca o învăluire cu nespusă dragoste, chipul pe care doar mîinile ei îl puteau deslușî în timp ce îl îmbrățișa, o tulburau și intrigau în același timp pe Psyche, care îi ceru într-o zi lui Eros să o lase să-l vadă, ca să știe cum arată chipul aceluia pe care l-a îndrăgit.

—„Vei fi fericită Psyche atît timp cît vei păstra taina dragostei noastre. Nu încerca să mă vezi sau să afli cine sînt. Iubește-mă și nu destrăma vraja care ne leagă încercînd să cunoști ceea ce nu trebuie să știi niciodată".

— Cele două surori ale ei, geloase pe fericirea ce-i fusese hărăzită, s-au dus la ea și i-au spus că soțul ei este un monstru hidos și respingător. Ele au sfătuit-o, în același timp, să ascundă o lampă în odaie și cînd el va fi cufundat într-un somn adînc să-l privească pe furiș să se convingă. În noaptea următoare ea așteptă ca Eros să adoarmă și luînd o lampă cu ulei se apropie pe nesimțite de patul în care acesta dormea liniștit.

În locul monstrului pe care se aștepta să-l vadă, dădu cu ochii de un tînăr de o neasemuită frumusețe. Bucuria care îi copleși inima o făcu să uite totul : aplecîndu-se să-l sărute, o picătură de ulei încins căzu pe umărul lui Eros care se trezi și dîndu-și seama că ea nu-l ascultase și nu-și putuse stăpîni curiozitatea, destrămă vraja și dispăru.

Înebunită de durere, Psyche plecă în lume să-și caute soțul, rugînd zeii să o ajute să-l găsească. Dar totul era în zadar. După îndelungi căutări, se hotărî să ceară Afroditei să mijlocească împăcarea dintre ei,

dar aceasta cînd o văzu pe rivala ei întru frumusețe se repezi la ea și după ce îi sfîșie rochia, îi smulse părul și o zdrobi sub lovituri nemiloase. Nemulțumindu-se cu atît, Afrodita o făcu sclava ei, dîndu-i să facă cele mai înjositoare și mai grele munci, pe care Psyche, credincioasă iubirii ei, le îndeplinea fără să crîcnească.

Văzînd atîta resemnare, căință și dragoste neclintite, Eros însuși se duse la Zeus și îl rugă să i-o dea de soție pe Psyche, punînd astfel capăt suferințelor ei. Hermes, mesagerul zeilor, o aduse în Olimp și după ce Psyche bău din cupa Hebei nectarul care o făcea nemuritoare, deveni pentru totdeauna soția celui pe care a știut să-l iubească cu dragostea care a rezistat oricărei încercări, care prin puterea neclintitei ei încrederi învinge totul și devine nemuritoare *.

Este una dintre cele mai frumoase povești de dragoste care s-au scris în antichitate. De la Eros, zeul dragostei, vine termenul de „erotic" sau de „comportament erotic" cu semnificația relației de dragoste dintre bărbați și femei (băieți și fete), vizînd mai ales componenta afectivă a acestei relații.

Am prezentat în paginile anterioare probleme de sex, sexualitate, instinct sexual și funcția de procreație. La om, pe parcursul evoluției, odată cu dezvoltarea sistemului nervos central, a fenomenelor de cunoaștere și a afectivității, manifestările sexualității s-au transformat radical. De la forma primitivă a unor descărcări instinctuale, sexualitatea s-a transformat într-o formă specială de relație interumană (relația între parteneri în dragoste, formarea familiei), s-a îmbogățit cu o formă „specială" de afectivitate, pe care o numim dragoste. Colaborări mentale și afective au transformat

* După Mario Meunier — La Legende dorée des Dieux et des Heros (Librairie de France, 1924).

„instinctul sexual" în „comportament sexual", cu importante implicații de integrare socială. În cadrul unui climat socio-cultural bine conturat, sexualitatea ia forma ordonată și civilizată a societății din care individul face parte.

Importanța rolului afectivității în împlinirea manifestărilor sexuale este demonstrată și în sens negativ. Majoritatea tulburărilor de dinamică sexuală sînt, de fapt, tulburări psiho-afective, nu tulburări organice. Importanța colaborării mentale este demonstrată de „eficiența factorului educativ" în formarea comportamentului sexual normal.

„Fondul social" al sexualității îl demonstrează instituția familială — formă de manifestare civilizată a instinctului sexual și unitate de bază în formarea plenară a personalității umane.

Evoluția relațiilor sexuale este o adevărată istorie, istoria relațiilor dintre bărbat și femeie, teren sensibil și în continuă prefacere.

Aceeași istorie o parcurge adolescentul în cei cîțiva ani de „inițiere erotico-sexuală". Adolescentul vine în viața sexuală cu impulsuri primitive, refulări afective, dorințe pe care caută să și le satisfacă fără a ține seama de contextul moral și social al societății din care face parte, revendicări și „teamă" față de sexul opus, ca obiect de atracție și în același timp de respingere sexuală.

Istoria personală a fiecărui individ, de la debutul sexualității pînă la „civilizarea instinctului sexual", este o istorie plină de peripeții, o istorie „secretă". Între tendințele impulsurilor biologice, starea psihică și normele societății din care face parte se produc importante ciocniri.

Dacă luăm în considerare și faptul că în etapa contemporană, timpul de la împlinirea maturării biologice și sexuale pînă la perioada în care tînărul poate avea acces „legal" la sexualitate este foarte lung, de aproximativ 7—8 ani (cauzele sînt de natură socială, morală și de dependență economică), înțelegem că, realizarea pe plan erotico-sexual a adolescenților este o problemă de viață „intimă" deosebit de spinoasă, în care nevoia de orientare și colaborare din partea adulților (părinți, educatori, alți factori sociali) este absolut necesară.

Nu există formule de rezolvare valabile pentru toți sau pentru majoritatea cazurilor : fiecare adolescent își trăiește propria „sa experiență" în raport cu impulsurile sale biologice, cu trăirile sale afective, cu informațiile culturale, științifice și estetice la care a avut acces, cu ambianța socială în care trăiește. Nici o manifestare umană nu este atît de condiționată de personalitatea individului, ca cea implicînd tendințele erotico-sexuale.

În contextul unor informații generale asupra problemelor erotice și sexuale, adolescentul trebuie ajutat să-și înțeleagă „singur" condiția sa.

Informația sexuală

Primele informații asupra problemelor sexuale copilul le primește cu mult înainte de a atinge vîrsta pubertății. Ele nu trec prin vorbire și explicații ci prin trăiri afective și mentale, prin observații directe. În jurul vîrstei de 2—3 ani, copilul se recunoaște ca aparținînd sexului respectiv, știe că este băiat sau fată. Comportamentul celor din jur față de copil și al

copilului în mediul său de viață este deosebit, după sexul căruia îi aparține. Această „primă conștientizare psihică" a fenomenului de sexualizare are mare importanță în evoluția comportamentului general și sexual al individului. Pe parcursul copilăriei, noțiunile despre „sex" se îmbogățesc, atît direct prin sesizarea elementelor de sexualizare (copilul își recunoaște organele genitale, se interesează de organele genitale ale sexului opus, poate aprecia diferențele morfologice și comportamentale dintre sexe ; bărbatul are mustăți, femeia are sîni, femeia naște copii !), cît și prin observații asupra relațiilor dintre sexe (comportamentul mamă-tată, fată-băiat, femeie-bărbat). Comportamentul copilului capătă din ce în ce mai precis conturul caracteristic sexului din care face parte.

Sînt copii la care interesul pentru organele genitale, plăcerea de a le manevra sau chiar interesul pentru organele genitale ale sexului opus apare foarte devreme. Nu este o situație îngrijorătoare și nici o înclinație spre perversiune. Interesul poate să fie trecător. Pe măsură ce alte probleme îl solicită, copilul va uita interesul acordat organelor genitale. Nu este un interes sexual propriu-zis ci unul de cunoaștere generală, de descoperire a unor forme, a unor senzații noi, care pentru o perioadă îi captează atenția.

Mult discutata problemă a „intereselor sexuale" în copilărie este cel mai adesea o fantomă a adulților (cazurile de adevărate perversități în copilărie sînt rare). Perioada în care interesul pentru problemele sexuale devine conștient și direct (la obiect și la fapt) este perioada pubertății și adolescenței. Mijloacele prin care adolescenții primesc informații despre sex și sexualitate sînt diverse : lecturi beletristice sau de specialitate, filme, informații de la alți colegi sau adulți. Cel mai potrivit este ca primele informații despre

erotism și sexualitate să fie date în familie. Părintele de același sex cu adolescentul (tatăl pentru băieți, mama pentru fete) este cel mai îndreptățit să o facă. Momentul în care se simte necesară această informație va fi ales în raport cu dezvoltarea copilului (fizică și psihică), cu temperamentul lui, cu interesul pe care el însuși îl are pentru aceste probleme. Modul în care va fi făcută informația sexuală este o „zonă de intimitate" și depinde de relațiile anterioare dintre părinți și copii, de gradul de afecțiune și încredere reciprocă, de personalitatea părinților și a copiilor. În nici un caz sensibilitatea copilului nu trebuie să fie bruscată prin explicații „dure" asupra relațiilor sexuale ; explicațiile vor fi date gradat, în mai multe „convorbiri intime". În cazul în care anumite explicații nu pot fi date de către părinți din necunoașterea subiectului sau a modului în care ar trebui prezentat este bine să se recunoască acest „impas" și să se apeleze la cunoștințele unor cadre de specialitate.

La vîrsta pubertară apare, la copil, pudicitatea, rușinea copilului de a se mai arăta gol în fața părinților. Trebuie respectat acest sentiment de jenă față de corpul lui, corp pe care el însuși îl vede încă străin și necunoscut. Schimbarea formelor corporale și apariția semnelor de sexualizare este greu acceptată de majoritatea adolescenților. Părinții trebuie să-i ajute să treacă prin aceste momente de „criză". Faptul că băiatului i-au crescut primii peri pubieni, că are acnee juvenilă, că fetiței i-au crescut sînii și a apărut primul ciclu menstrual sînt momente de intense frămîntări psihice în dorința de a accepta „să fie mare" și de nostalgie a copilăriei pe care simte că o pierde. Nimic nu trebuie forțat și foarte multe lucruri trebuie să le învețe în această perioadă. Se începe cu cele mai simple : măsurile

de igienă generală și specială asupra organelor genitale dușuri sau spălat dimineața și seara (adolescenții transpiră mult și transpirația lor este intens mirositoare) ; trebuie să li se explice că organele genitale fac parte din corpul lor, ca oricare alt organ, ca nasul și ca urechile, că nu sînt de rușine dar nu este decent să fie expuse în fața străinilor. Dacă interesul pentru problemele sexuale este deosebit de crescut la fete cît și la băieți, și socotiți că nu este momentul de a se începe viața sexuală, explicați adolescentului(ei) consecințele individuale și sociale ale actului sexual, apariția unei eventuale sarcini, boli cu cale de transmitere genitală, oprobiul moral al societății.

O întrebare adesea pusă de către părinți și adolescenți se referă la vîrsta la care este necesar ca adolescentul să-și înceapă viața sexuală și dacă depășirea acestui moment este nocivă pentru sănătatea fizică și psihică a acestuia.

Trebuie reținut faptul că interesul pentru problemele erotico-sexuale este foarte diferit de la individ la individ. Pentru unii reprezintă un interes major atît preocupările erotice (tineri permanent îndrăgostiți), cît și împlinirea actului sexual ; pentru alții, atît erotismul cît și sexualitatea sînt într-o zonă marginală a preocupărilor lor. Exagerarea în plus sau în minus, ca orice exagerare, este un defect, fără a fi o boală, fără a aduce prejudicii sănătății fizice și psihice a individului. Problema rămîne deschisă numai pe plan social (problema căsătoriei, a divorțului etc.).

Neîmplinirea actului sexual nu pune în pericol viața și sănătatea individului (dacă individul însuși nu o socotește o boală), dar împlinirea în bune condiții a complexului erotico-sexual este un atribut pozitiv în formarea plenară a personalității umane (fizice, psihice, sociale).

Biologic, individul este apt să-și înceapă viața sexuală în jurul vîrstei de 15—16 ani iar în jurul vîrstei de 18—22 ani, atît fetele, cît și băieții sînt în deplină potență sexuală și în perioada de maximă fecunditate. Diferența între vîrsta biologică a sexualizării și vîrsta la care „legal" (prin situație economică și căsătorie) individul are acces la sexualitate, în societatea contemporană, este foarte mare, de aproximativ 7—8 ani. Este o perioadă de incertitudine și greu de depășit fără „bunăvoința compromisului", fără sentimentul de frustrare și sentimentul de culpabilitate. La băieți, pulsiunile sexuale sînt mai puternice, dorința împlinirii erotico-sexuale este exprimată direct, uneori prin manifestări duse pînă la violență.

La fete pulsiunile sexuale sînt mai difuze, manifestîndu-se prin interesul pentru sexul opus, dorința de a plăcea, flirturi etc.

Momentul începerii vieții sexuale depinde de temperamentul individului, de preocupările lui, de condițiile și mediul socio-cultural în care se realizează și curios... de modă. (Moda este și ea o manifestare a unor reacții sociale.)

În urmă cu aproximativ 15—20 de ani, în țările occidentale odată cu introducerea în practică a anticoncepționalelor s-a rupt echilibrul dintre sexualitate și actul procreației. A avut loc o adevărată „revoluție sexuală", dreptul la sexualitate fiind proclamat ca o emblemă a maturității. Atît fetele, cît și băieții își începeau viața sexuală la vîrsta de 14—15 ani. Rezultatul a fost o adevărată catastrofă demografică. Moda se pare că a trecut, decența sexuală a fost repusă în demnitatea ei clasică. Depășită problema procreației, au apărut alte probleme legate de sexualitate : recurența unor boli cu cale de transmitere genitală și apariția altor boli grave cu aceeași cale de transmitere.

Toate recomandațiile factorilor competenți sînt de „moderație" și „echilibrare" a comportamentului sexual al adolescentului.

Faptul de a nu începe viața sexuală pînă la o anumită vîrstă (20—22 de ani) nu este un factor nociv pentru sănătatea fizică și psihică a individului. De obicei, în aceste situații, tinerii transferă energia necesară manifestărilor sexuale în alte preocupări : intelectuale, fizice, sport, dans etc. Este un beneficiu în favoarea preocupărilor lor, oricum adolescența fiind o perioadă de acumulări de informații tehnice, culturale etc.

Un mod de manifestare a erotismului care, fără a fi specific adolescenților este mai frecvent practicat în această perioadă a vieții, este „flirtul".

Termenul de flirt vine de la expresia franțuzească „conter fleurette" ceea ce în franceza veche semnifică, a vorbi despre flori, a face o conversație ușoară, romantică, o plăcere intelectuală într-o relație amoroasă.

În zilele noastre sensul noțiunii de flirt s-a modificat mult, aspectul manifestărilor deplasîndu-se simțitor către domeniul plăcerii fizice.

Genul de plăceri fizice manifestate în flirt sînt : sărutul pe gură, îmbrățișarea, apropierea corporală, atingerea zonelor erotogene, într-un cuvînt, inițierea în plăcerile sexuale care constituie preambulul relațiilor sexuale complete. Particular flirtului la adolescenți este încărcătura afectivă pe care adolescentul o investește într-o astfel de relație. Inocența este numai de suprafață, conștient sau mai ales inconștient adolescentul caută în flirt experiența sexuală. Practicat fără alte sentimente, flirtul poate să inducă unele tulburări în comportamentul sexual al adolescentului.

În dorința de a-și încerca cît mai mult puterea de seducție, adolescentul(a) își schimbă adesea partenerul de flirt, situație care prin obișnuință se poate perpetua ulterior și la partenerul de viață sexuală.

Repetarea excitației sexuale pînă la o anumită fază, apoi oprită în această fază, fără împlinirea actului sexual, poate duce la tocirea reflexelor normale realizării actului sexual complet.

În sfîrșit, dacă dorința realizării actului sexual este prea mare, apare sentimentul de frustrare cu întregul complex de reacții afective-negative cum sînt : nemulțumirea, opoziția, instabilitatea emoțională etc.

Fără a nesocoti rolul de inițiere amoroasă pe care flirtul îl are la adolescenți, sfătuim pe tinerii noștri prieteni ca în flirt să rămînă cît mai mult în cadrul manifestărilor romantico-sentimentale, iar manifestările senzuale să fie dozate cu grijă, fără abuzuri și fără exagerări.

O altă formă de manifestare a impulsurilor sexuale la adolescenți este masturbația. Mult mai frecventă la băieți decît la fete (se consideră că 90—95% din băieți au practicat cel puțin de cîteva ori masturbația) ea apare ca o practică cvasinormală la această vîrstă. Masturbația constă din manipularea ritmică a organelor genitale (la băieți penisul, la fete clitorisul), cu scopul de a-și provoca senzații de plăcere sexuală. Deseori actul masturbației este însoțit mental de imagini erotice. Practica masturbației poate fi descoperită întîmplător, cu ocazia unor iritații ale organelor genitale, cînd frecarea i-a provocat senzații de plăcere. Ea poate fi preluată și prin imitație de la alți colegi. Practicată moderat și pe durată scurtă masturbația nu are efecte nocive asupra sănătății individului și nici nu influențează ulterior realizarea normală a actului sexual.

Măsurile ce trebuie luate pentru ca adolescenții să nu ajungă să practice masturbația sînt, în primul rînd, măsurile de igienă : spălarea organelor genitale seara și dimineața, atît fetele cît și băieții să poarte îmbrăcăminte (chiloți, pantaloni etc.) comodă, să-și ferească organele genitale de iritații și lovituri ; în al doilea rînd, adolescenții să evite consumul abuziv de cafea și alcool, substanțe excitante care pot să ducă și la excitație sexuală ; în sfîrșit, a treia grupă de măsuri ține de faptul de a găsi adolescenților preocupări permanente, în special preocupări fizice (sport, muncă în aer liber etc.) ceea ce i-ar îndepărta de preocupările sexuale. În cazurile în care practica masturbației a apărut, măsurile ce pot fi luate pentru a întrerupe această practică trebuie să țină seama de terenul psihologic al adolescentului.

Dacă atitudinea adolescentului față de practica masturbației pune probleme (este prea frecventă, durează de prea mult timp) este bine să se consulte un medic.

Pentru adolescenții sensibili emoțional este mai traumatizant psihic sentimentul de culpabilitate pe care îl creează actul „plăcerii secrete" și condamnarea de către părinți și adulți decît actul în sine. Intervenția prea dură din partea părinților poate să inhibe pe o lungă perioadă evoluția psihică a sexualizării.

Moment-cheie al relațiilor sexuale este începutul vieții sexuale. Primele raporturi sexuale pot să nu fie la înălțimea așteptărilor atît la fete, cît și la băieți. La fete pentru că ruperea membranei himenale poate provoca dureri și, încă o perioadă, mucoasa vaginală este sensibilă și dureroasă, la băieți pentru că starea emoțională inhibă formarea complexului neuro-endocrin necesar realizării actului sexual. Se consideră că orice bărbat a avut în viața lui sexuală situații de „insucces"

iar impotența sexuală de debut este o situație frecventă și tranzitorie, în continuare individul avînd acces la o viață sexuală normală. Numai în cazul că se repetă este cazul să fie consultat un medic endocrinolog sau neuro-psihiatru.

Nu putem trece peste problemele erotice ale adolescenței fără a discuta problema „dragostei". Dragostea este forma superioară a dezvoltării erotico-sexuale, este o opțiune prin selecție a partenerului. Motivele alegerii pot să fie foarte subiective, de frumusețe, de comportament, de afecțiune, dar odată făcută această selecție, atracția erotico-sexuală nu mai este un scop în sine, ci un omagiu adus persoanei alese.

Dar despre „prima dragoste" ? Aureolată de nimbul romantismului, înfrumusețată de înșiși ochii adolescenților, îmbogățită de nostalgia amintirilor, importanța „primei iubiri" în viața omului este un domeniu pe cît de subtil, pe atît de fragil. Istoriile scrise, trăite, simțite despre „primele iubiri", fiecare cu partea ei de poezie, de bucurie, cu drama ei, ne fac să înțelegem că prima iubire, chiar dacă nu va fi cea mai mare, chiar dacă nu va fi singura și „pentru totdeauna", ea trebuie să rămînă cea mai frumoasă.

Frumusețea primei iubiri depinde de modul în care este privită și înțeleasă de către adolescenți, de gradul de tandrețe, ocrotire și respect reciproc pe care partenerii de dragoste și-l oferă unul altuia.

Nu împlinirea sexuală va da farmec suprem primei iubiri, ci conștiința că ai făcut totul pentru bucuria și fericirea ființei iubite.

5

Comportamentul adolescenților

Problemă larg dezbătută atît în rîndul specialiștilor (psihologi, pedagogi, sociologi, medici, politologi și chiar istorici), cît și în viața de toate zilele, în rîndul părinților și al „opiniei publice", comportamentul adolescenților „a ridicat" și „continuă să ridice" numeroase controverse. Situația nu este nouă. Dacă aruncăm o privire asupra istoriei culturii și civilizației, constatăm că preocuparea pentru educarea adolescenților este la fel de veche ca societatea umană.

În societățile primitive, aceste preocupări iau forma unor ceremonii de inițiere care conțin importante elemente religioase și magice, dar esențial rămîne faptul că tînărul este pregătit pentru a intra în viața publică, pentru a lua parte la treburile obștești. I se cultivă curajul, îndemînarea, o bună formă fizică, cunoașterea și respectul tradițiilor culturale și morale ale societății respective. Pe măsură ce organizarea societăților umane s-a amplificat, au apărut cetățile și statul, educația adolescenților tinde tot mai mult spre formarea lor ca cetățeni și soldați, apărători ai interese-

lor cetății și statului. În antichitatea greacă și romană, tinerii între 16 și 18 ani erau educați în organizații speciale — „efebia", un stagiu militar care dura aproximativ 2 ani. În această perioadă tinerii locuiau împreună în garnizoane speciale, practicau sporturi și făceau întreceri sportive, învățau mînuirea armelor dar primeau și o bună educație intelectuală cetățenească (primeau lecții de retorică și filozofie și se cultiva respectul pentru legile și tradițiile societății). Intrarea în rîndul „cetățenilor" cu drept de a lua parte la treburile statului era definitivată în cadrul unor ceremonii — primirea în Forum și dreptul de a purta *toga virila*, o haină specială pe care o purtau numai bărbații.

În perioada evului mediu, tinerii nobili care urmau să fie unși cavaleri petreceau o noapte de meditație îmbrăcați complet în alb. Aceste „nopți albe" pecetluiau simbolic momentul în care părăseau copilăria și intrau în viitoarele confruntări bărbătești. În toate aceste manifestări și încă în multe altele de-a lungul timpului și la diverse civilizații există unele elemente comune.

1. „Punctarea" momentului în care adolescentul trece de la copilărie la vîrsta adultă este un moment psihic important, prin conștientizarea acestui fapt. În societatea contemporană, „maturitatea legală" care se conferă la 18 ani reprezintă acest moment, dar importanța sa psiho-socială este depășită de alte evenimente consecutive (profesionalizarea, situația economică etc.)

2. În trecut, preocuparea era axată în special pe educația băieților ca viitori apărători ai intereselor societății din care făceau parte. În prezent, în cele mai multe societăți preocuparea pentru educația adolescenților este egală pentru fete și băieți.

3. Persistența acelorași probleme psihice și comportamentale legate de perioada adolescenței, spiritul de nesupunere și tendința de a-și cuceri libertatea. Odată cu aceste manifestări apar și posibilitățile canalizării lor prin „educație" spre forme creatoare și eficiente, atît pentru adolescent, cît și pentru societate.

Ce se întîmplă în etapa contemporană? Din ce în ce mai mult manifestările psihice și sociale ale adolescenților își găsesc explicația științifică. Chiar dacă această situație nu schimbă radical datele problemelor (problemele continuă să existe), optica sub care sînt evaluate este alta.

În toată perioada desfășurării pubertății și adolescenței, organismul și personalitatea copilului sînt supuse unor importante transformări. Deși transformările se desfășoară în aceeași perioadă pe toate laturile personalității (biologic, psihic-mental) și se influențează reciproc (transformările biologice influențează transformările psihice și invers), totuși pe parcursul dezvoltării se realizează o discordanță între gradul de maturare a unora din laturile personalității față de altele ; de exemplu, maturarea biologică, în mod special maturarea sexuală, apare mai devreme decît maturarea psihică și socială.

Există o mare variabilitate individuală în felul în care adolescenții se adaptează modificărilor biologice (schimbarea formelor corporale, sexualizarea), precum și în modul în care își revendică situația lor față de mediul de viață (familie, școală, societate etc.), o situație „incertă" între copil și adult.

Copilul se supune normelor impuse de familie și școală, își acceptă situația sa de dependent, adultul se supune normelor socio-culturale ale societății din care face parte, pe care de obicei le și acceptă. În acest mod, comportamentul lor este relativ asemănător de

la individ la individ, fiecare mișcîndu-se în cadrul acelorași norme. La adolescent, situația este puțin deosebită. Neîncadrat încă în normele socio-culturale ale adulților, dar depășind biologic și mental normele copilăriei, comportamentul său ia adesea forma de „opoziție", de „revendicare", de fapt de afirmare a personalității sale în plină desfășurare.

Pornind de la definiția comportamentului ca reprezentînd totalitatea manifestărilor exterioare ale „vieții psihice" a individului, încercăm să înțelegem complexitatea fenomenelor pe care individul le integrează în aceste manifestări. Pe de o parte structura biologică (ereditatea, vîrsta, starea de sănătate, influențele mediului extern pe parcursul perioadelor anterioare și în prezent), pe de altă parte mediul în care se defășoară comportamentul, societatea din care face parte familia, școala, mediul socio-cultural, tradițiile și legile societății respective.

Privit la nivel individual, comportamentul adolescentului, cu întregul complex de manifestări de la accesul la viața sexuală pînă la condițile de profesionalizare și culturalizare, este determinat de societate Acest lucru nu convine totdeauna individului. În apărarea „libertății sale" adolescentul se opune conștient sau inconștient, pentru opțiuni sigure sau imaginare; acțiunile sale pot să ia forme variate, de la opoziția abia schițată pînă la manifestări violente ca fuga de acasă, fuga de la școală, acte de delincvență. Motivele pentru care formele de manifestare a opoziției sînt atît de variabile sînt greu de precizat, dar este sigur că „educația" și modul de a reacționa al societății (familie, școală, mediu de viață etc.) sînt factorii cei mai importanți, care pot influența atitudinea comportamentală a adolescentului.

Cele două componente, individul și societatea, se intrică pe toată durata existenței individului, influențele sînt reciproce, acceptarea sau respingerea sînt bilaterale. Nu putem vorbi de comportament decît în cadrul unei „societăți bine definite", iar în problema comportamentului adolescenților faptele depășesc teoria. Deși evenimentul biologic este același, modurile de manifestare ale comportamentului sînt deosebite de la o societate la alta, de la un mod de viață la altul, mergînd de la acțiuni de inadaptare activă sau pasivă (aderența la mode extravagante, aderența la grupuri de adolescenți protestatari : *hippy, punk* etc.) pînă la acțiuni de participare și creație, de luare a unei poziții active politice, sociale și culturale. Dacă adolescentul este un fenomen biologic, adolescenții sînt un fenomen social. Bine condus educativ și, mai ales, ocrotit afectiv, „nonconformismul" comportamentului adolescenților devine un factor pozitiv în formarea personalității lui, a spiritului critic și autocritic, a nevoilor de schimburi în evoluția individului și a societății.

6

Ce este „criza adolescenței"?

Supusă mult timp tezei psihanaliste, teză prin care viața psihică și, respectiv, comportamentul individului se explică prin conflictul dintre „forțele instinctuale" reprezentate de dorința subconștientă a *eu*-lui biologic și exigențele forțelor sociale, reprezentînd ordinea și puterea, comportamentul adolescentului a fost de asemenea mult timp bîntuit de un întreg cortegiu de fantome ale subconștientului, predominant fantomele sexuale.

Maturat biologic, dar încă instabil afectiv, adolescentul își caută drumul spre emanciparea totală și dreptul de a-și manifesta instinctele și forța.

Cum primul contact „opozant" este familia, „se revoltă contra familiei", școala este privită de asemenea ca reprezentînd forța și ordinea — „se revoltă contra școlii". Tradițiile, conformismul, modul civilizat de a se purta reprezintă societatea care „îl oprimă", se revoltă contra conformismului, se revoltă contra tradiției culturale și educației, aderă la mode extravagante, practică impolitețea și nonconformismul.

Manifestările „crizei" sînt variate, mergînd de la opoziție pasivă (adolescentul respectă normele familiale și sociale dar arată că o face din necesitate), la tulburări emoționale cu scăderea randamentului școlar, acte de nesupunere și conflicte familiale, pînă la negativismul total, acte de revoltă sau chiar acte de delincvență. Manifestările crizei sînt mai frecvente și iau forme mai acute la băieți.

S-a încercat chiar o periodicizare a crizei adolescenței : o perioadă de revoltă și nesupunere ; o perioadă de interiorizare, adolescentul devine mai izolat, se cercetează pe sine însuși, uneori cu un spirit critic remarcabil ; ultima este perioada de exaltare, adolescentul se entuziasmează ușor de idei și acțiuni — este o fază activă și productivă.

Este „criza" o necesitate fiziologică de a ieși din impasul complexelor biologice și psihice create de evenimentele pubertare ? Este ea determinată de factorii subconștientului dominant în perioada „vîrstei ingrate" ?

Revolta adolescenților are o istorie reală dar interpretările sînt cel puțin părtinitoare pentru unul sau altul din compartimentele vizate (criză biologică, criză psihică, criză afectivă, criză socială etc.).

Fără pretenția de a subscrie la ultimul adevăr teoretic și practic asupra „controversatei crize a adolescenței" (au curs tone de cerneală în dorința de a se descifra „cîte ceva" din rostul și cauzele crizei adolescenței), credem că adevărul se află undeva la mijloc. Chiar dacă nu știm încă în ce compartiment biologic sau psihic se află cauza „primară" a revoltei adolescentului : în acțiunea subconștientului, în bulversarea biologică a organismului, în imaturitatea afectivă sau poate cîte puțin în fiecare din ele, criza de revoltă

6 — c. 839

a adolescenței, departe de a fi un factor negativ pentru adolescent și societate, este un factor de progres. Condiția este : „criza“ să fie înțeleasă, iar factorii de răspundere socială față de adolescent, respectiv părinții, educatorii, societatea, să vină în întîmpinarea crizei nu cu noi opresiuni, ci cu predarea unor responsabilități față de care adolescentul să se simtă capabil să le rezolve.

Rolul educației nu este numai să învețe pe individ să asculte, să se conformeze unor tipare verificate, ci și acela de a-l învăța să „devină“, să „creeze“, într-un cuvînt să evolueze. Nici o societate nu a evoluat mergînd pe drumul bătătorit al experiențelor anterioare. Criza nu înseamnă violență, dar un minim de opoziție și agresivitate sînt necesare pentru ca individul să-și poată construi propria sa personalitate. Numai astfel adolescentul se va maturiza fără defect (fără complexe și fără nevoia continuă de a fi ajutat), iar societatea profită, prin factorii de progres pe care-i aduc adolescenții.

Mai puțin cooperanți la tentativele de educație din partea adulților, adolescenții sînt dispuși să accepte „autoritatea“ colectivului de colegi de aceeași vîrstă, cu aceleași interese și posibilități. Trebuie profitat de acest interes al adolescentului pentru viața colectivului, pentru a-l forma pentru viața socială. Este de competența adulților și în special a educatorului din mediul școlar (profesor, diriginte, psiholog, maistru etc.), care cunosc atît aspectul general al crizei adolescenței, cît și condițiile locale ale colectivului de adolescenți, să transforme „revolta adolescenților“ în acțiuni de progres. Colaborarea cu organizațiile de tineret mărește șansele succeselor.

La nivel individual, fiecare adolescent este o entitate distinctă. Cauzele crizei trebuie căutate în viața personală, cu multiplele sale aspecte (starea de sănătate, viața de familie, succesele sau insuccesele erotice, școlare sau sociale). Rolul educativ și al asistenței afective este hotărîtor în depășirea crizei.

Colaborarea dintre școală și familie este absolut necesară și deseori este necesară educația familiei. Părinții de asemenea să nu evite, în perioadele dificile ale evoluției copiilor lor adolescenți, să solicite sprijinul educatorilor (profesor, diriginte etc.) și uneori și al medicului. Meseria de părinte se învață pe toată durata vieții.

Care este atitudinea adolescentului față de pedeapsă?

Consideră adolescentul pedeapsa ca o modalitate de corijare a unor greșeli sau ca o măsură de represiune? Problemele discutate sînt valabile atît pentru „pedepsele“ aplicate în familie, cît și pentru cele aplicate la școală.

Pornind de la ideea că există situații diferite, că variațiile manifestărilor comportamentale ale adolescentului sînt foarte mari, prima acțiune a educatorului în cazul apariției unor abateri din partea unui adolescent este să descopere cauzele Odată descoperită cauza, urmează explicația

Pentru aceeași greșeală un adolescent poate să fie „cauzal“ mai puțin vinovat, altul inveterat vinovat. Explicația trebuie să meargă pînă la ultima etapă adică recunoașterea vinovăției, nu este vorba de a recunoaște adevărul dacă a săvîrșit sau nu abaterea ci de modul în care adolescentul „privește greșeala“

pe care a făcut-o, dacă mental și afectiv se consideră vinovat.

Vîrsta și lipsa de experiență nu sînt scuze pentru orice greșeală. Pedeapsa promisă trebuie aplicată. Dar orice pedeapsă sau interzicere trebuie motivată civic, moral, mental și afectiv. În cele mai multe cazuri, „spiritul de dreptate", prezent la majoritatea adolescenților, învinge egoismul intereselor personale și adolescentul va înțelege că pentru greșeala comisă este „drept" să fie pedepsit. Adolescentul suportă mai ușor pedeapsa decît nedreptatea.

Nu trebuie apelat la autoritate ci la conștientizarea pericolelor personale și sociale ale greșelii comise. Există și cazuri în care drumul pînă la recunoașterea greșelii este deosebit de dificil. Motivațiile lor nu se suprapun cu motivațiile noastre. Uneori tocmai motivațiile pe care le aducem sînt argumente pentru a-și susține „dreptul" la acțiunea comisă. Dacă lucrurile devin prea complicate, chiar dacă apelăm la factorii de specialitate, organele de ordine și organele judiciare, nu înseamnă să abandonăm rolul de educator, ci să-l completăm cu sprijinul celor îndreptățiți să o facă.

Participarea afectivă a educatorului (părinte sau profesor) mărește posibilitățile adolescentului de a se „desolidariza" de greșeală și a înțelege că scopul pedepsirii nu este „represiunea", ci echilibrarea unor relații între bine și rău, între cinstit și necinstit, între drept și nedrept.

În cazul unor abateri colective de la disciplină, prima măsură a educatorului este „spargerea" spiritului de adeziune a colectivului la abatere, diferențiind atît gradul de răspundere față de greșeală, cît și pedepsele aplicate. În felul acesta, adolescenții vor înțelege care dintre ei sînt adevărații vinovați de acțiunea reprobabilă.

7

Adolescentul și familia

Familia este primul nucleu în care copilul cunoaște și se recunoaște membru al societății ; contactul cu membrii familiei (părinți, frați, bunici) este primul contact social pe care îl are.

De modul în care se desfășoară încă din copilărie contactul cu membrii familiei și între membrii familiei depinde, în mare măsură, comportamentul copilului ajuns la vîrsta adolescenței.

Metaforic numită cînd „vîrsta ingrată", cînd „vîrsta de aur", adolescența este de fapt „perioada unei mari sensibilități afective". Familia este cea datoare de a satura nevoia de afectivitate a adolescentului. Dar cum ? Tocmai în această perioadă adolescentul „se opune". Nimic nu poate micșora neliniștea părinților care nu mai pot dărui dragostea copilului lor pentru că acesta a crescut, pentru că altceva dorește copilul, pentru că altele sînt preocupările lor. Neliniștea este de amîndouă părțile. Desigur, calitatea relației dintre părinți și copii nu așteaptă vîrsta adolescenței. Relații

„bune" (afective și de interes comun) anterioare debutului pubertății creează premisele unor relații bune și în perioada adolescenței, totuși adolescența este o perioadă de „criză" în relațiile dintre părinți și copii.

Motivația psihică a adolescentului este „dreptul la libertate", o libertate înțeleasă în infinite variante, de la a respecta secretul unui „jurnal intim" pînă la dreptul de a încerca gustul alcoolului sau începutul vieții sexuale. Rînd pe rînd apar : opoziția deliberată, îmbrăcămintea șocantă, lipsa de politețe, eventual lipsa de interes pentru activitățile educative (școală, cursuri speciale etc.). Din acest joc complex de atrageri și respingeri, de dorință și opoziție se realizează schița-robot a comportamentului unui adolescent față de familie. Este necesar ca un adolescent să treacă prin această fază de negație, de opoziție față de autoritatea părinților ? Nu este necesar, dar este atît de obișnuit, încît o trecere plată, fără nici un incident, poate sugera mai degrabă o lipsă de interes față de familie decît un comportament echilibrat. Pe măsură ce copiii cresc și se descoperă pe ei înșiși, critic și autocritic, părinții își pierd „inviolabilitatea", „puterea" pe care le-au atribuit-o în copilărie, devin ei înșiși oameni, oameni obișnuiți. Odată cu această „descoperire", autoritatea părinților poate să fie negată de către adolescenți, dar afectivitatea pentru ei crește, ei îi vor asculta nu pentru că „trebuie", nu pentru că „așa a zis mama sau tata" ci pentru că doresc o colaborare afectivă, solicită dragostea și încrederea părinților.

Drumul pe care trebuie să-l urmeze părinții îl indică chiar adolescentul, un spirit de înțelegere și colaborare.

La cîte probleme trebuie să răspundă adolescenții în această perioadă ? Poate nu „sfatul" ci participarea părinților, siguranța că vor fi alături de ei în orice situație, le-ar micșora teama de necunoscut, le-ar da mai multă încredere în posibilitățile lor. Dar „cazurile particulare" cînd adolescenții se opun vehement autorității părinților ? Să le cedezi sau le opui aceeași vehemență ? Nici una, nici alta, răspunde educatorul. Părinții să „motiveze" necesitatea acțiunii lor (ca părinte) și să invite copilul (adolescentul) să facă același lucru, adică să motiveze acțiunea lui, dar mai ales părinții să se „orienteze" care este atitudinea cea mai eficientă (opoziție completă sau motivație) în situația dată. Sînt și cazuri-limită în care conduita părinților trebuie să fie absolut categorică.

O problemă deloc lipsită de importanță este aceea a „banilor de buzunar". Un adolescent are și el nevoie de o sumă de bani pentru nevoile personale : călătorii, un spectacol, să cumpere o revistă, o carte etc. Este indicat ca părinții să socotească și să aprecieze împreună cu adolescentul această sumă, bineînțeles în raport cu veniturile familiei și să i se acorde adolescentului o sumă fixă lunar, pe care el să și-o administreze singur. În acest mod va învăța care sînt prioritățile cheltuielilor și valoarea banilor.

O altă față a relațiilor familie-adolescent este aceea de ocrotire de către familie a sănătății adolescentului. Perioada pubertății și adolescenței este o perioadă biologic sensibilă la îmbolnăviri ; în plus, anumite deficiențe ereditare pot să se evidențieze la pubertate, cum sînt : diabetul, miopia, alte boli meabolice și unele boli neuro-psihice. Consultațiile medicale periodice la policlinică sau la școală sînt necesare, pentru a asigura supravegherea dezvoltării corecte a adolescentului.

Pentru asigurarea sănătății adolescentului este necesară organizarea unui program corect de viață și alimentație. Este cu atît mai necesară supravegherea programului de viață și alimentație, cu cît în această

perioadă adolescenții au tendința de a neglija regulile de igienă, programul de alimentație, regimul de viață, ritmul de muncă și odihnă.

Considerăm necesar să atragem atenția asupra unei cauze frecvente a morbidității la adolescenți și anume accidentele. Imprudența și dorința de risc, uneori riscul de dragul riscului, fac în rîndul adolescenților multe victime ale accidentelor, uneori cu consecințe fatale.

8

Adolescentul și locul său de muncă

Școala, factor activ în apărarea sănătății adolescentului

Pubertatea și adolescența se suprapun cronologic cu perioada de școlarizare. Sînt puțini adolescenți încadrați în întreprinderi și, de aceea, în ceea ce privește locul de muncă ne vom referi cu precădere la adolescenții elevi.

De fapt, pentru adolescenții încadrați în muncă situația nu se schimbă substanțial, activitatea productivă a adolescentului fiind de fapt profesionalizarea la locul de muncă.

Pornind de la ideea că școala este prima instituție socială în care, în țările civilizate, copilul are acces și obligația de a intra, relația adolescent-școală, școală-adolescent este privită ca „o formă specială" a relațiilor generale individ-societate. și invers.

Caracterele definitorii ale pubertății și adolescenței sînt :

1. Ritmul continuu și alert al transformărilor biologice (somatice și funcționale), psihice și comportamentale.

2. „Aritmia" dezvoltării pe diversele planuri ale manifestărilor umane, de exemplu aritmia între dezvoltarea somatică și sexuală, care pe o anumită perioadă depășește dezvoltarea psihică ; în cadrul dezvoltării psihice, dezvoltarea intelectuală depășește, tot pe anumite perioade, pe cea afectivă și comportamentală.

Într-o perioadă de numai 4—5 ani de evoluție, copilul intrat în pubertate și tînărul ieșit din adolescență sînt complet diferiți unul de celălalt atît ca aspect fizic, cît și ca manifestări ale personalității. Constatarea este fără îndoială banală dar are o importantă rațiune practică.

Ritmul alert al dezvoltării în perioada pubertară creează o mare variabilitate de forme în desfășurarea manifestărilor.

„Normalitatea" desfășurării este o problemă de nuanțe, pe care chiar ochiul foarte atent al familiei nu le poate sesiza. În școală se poate realiza și se realizează, în cele mai bune condiții, colaborarea între reprezentanții specialiști pe probleme în dezvoltarea adolescenților : profesori, medici, psihologi, factori cu responsabilități socio-culturale.

Examenele medicale periodice, numite și „examene medicale de etapă", apreciază „pe etape" stadiile de dezvoltare pubertară.

Armonia sau dizarmonia dezvoltării se apreciază prin corelarea datelor antropometrice (greutatea, înălțimea, perimetrul toracic, perimetrul biacromial și bitrohanterian, armonia segmentelor corporale etc.) cu

stadiul de dezvoltare a elementelor de sexualizare (dezvoltarea pilozității, a organelor genitale, a sînilor etc.).

Deși vom reveni pe parcursul lucrării asupra acestui subiect (vezi cap. „Aspecte de patologie în perioada pubertății și adolescenței"), notăm de pe acum că odată cu transformările biologice și psihice din perioada pubertară pot fi puse în evidență anumite stări patologice, defecte ereditare sau numai predispoziții care nu s-au manifestat pînă la acea dată. Cele mai frecvente sînt dizarmoniile în plus sau în minus de greutate (adolescenți prea slabi sau prea grași), urmate de afecțiunile sistemului osteo-muscular (cifozele, scoliozele, piciorul plat etc.) și tulburările în apariția fenomenelor de sexualizare. Dacă insistăm asupra dezvoltării fizice față de alți parametri ai dezvoltării, este pentru faptul că în această etapă „impregnată de elemente fiziologice" (dezvoltarea somatică și apariția elementelor de sexualizare), armonia fizică reprezintă premisa necesară dezvoltării armonioase a întregii personalități. Dizarmoniile fizice pot să antreneze tulburări în modurile de manifestare a întregii personalități. Un adolescent care prezintă „pubertate întîrziată" (vezi cap. „Tulburări ale manifestărilor pubertare") va avea complexe psihice față de colegii cu dezvoltare normală ; un adolescent care prezintă „pubertate precoce" (vezi același capitol), intelectual și afectiv nefiind suficient de matur pentru a răspunde „acestor solicitări", poate lua calea unor manifestări nefirești în raport cu vîrsta și posibilitățile sale. O adolescentă „obeză" va avea complexe față de colegele normal dezvoltate.

La examenele medicale pe etape pot fi depistate precoce acele tulburări la limita normalității care prin evoluție pot să devină manifestări patologice. Se con-

sideră că într-o colectivitate de adolescenți există un procent de 8 pînă la 15% care prezintă dizarmonii fizice.

Tratamentul medical și, foarte important, aportul educativ în rezolvarea problemelor dizarmoniei pubertare pot să împiedice apariția lor sau să le atenueze evoluția.

La examenul medical de etapă, pe lîngă aprecierea dezvoltării fizice se cercetează și capacitatea de efort, starea fiziologică a principalilor analizatori senzoriali (văz, auz, miros) și starea neuro-psihică a adolescentului (inteligență, afectivitate, comportament), toate acestea în vederea „orientării profesionale". Examenul medical în vederea orientării profesionale nu este un examen „de recomandare" a unei profesiuni, ci „de a contraindica" acele profesiuni care în cazul dat pot să fie periculoase pentru sănătatea individului sau sînt net contraindicate din cauza scăderii capacității de muncă sau a unor defecte de structură înnăscute sau dobîndite (este cazul și al adolescenților handicapați).

O altă formă de manifestare a grijii pentru sănătatea adolescenților este educația sanitară și formarea deprinderilor igienico-sanitare.

Indiferent dacă educația sanitară se face la cursuri speciale, pe grupe sau răspunzînd „solicitărilor" adolescenților pentru informarea în probleme speciale, eficiența educației sanitare în școală și în special la adolescenți depinde de interesul pe care factorii de resort reușesc să-l trezească în rîndul acestora.

Educația sanitară este „educația gestului", adolescentul trebuind „să simtă" că altfel nu este posibil. Este mai important să se insiste pe formarea unor deprinderi igienice decît pe învățarea unor formule de igienă oricît ar fi ele de savante și sofisticate.

O situație deosebită în cadrul educației sanitare o are „informarea sexuală". Redusă adesea la informări asupra organelor genitale, ea este departe de a rezolva setea adolescentului de cunoaștere în această problemă. Pentru transferul de informație într-un domeniu atît de strîns legat de personalitatea adolescentului este necesar un climat de „încredere și înțelegere reciprocă".

Nimic nu trebuie să fie „lipsit de importanță", dar nici o problemă „de nerezolvat". Considerăm că informarea pe grupuri mici, eventual formate chiar de adolescenți interesați aproximativ de aceleași probleme, este forma cea mai eficientă. În această formă discuțiile pot să fie cît mai aproape de adevăr, iar confesiunea nu devine intimitate.

Școala ca instituție de învățămînt și educație

Luînd ca definiție a *învățămîntului*, acumularea de cunoștințe și a *educației*, formarea unui comportament *civilizat*, în accepțiunea societății din care face parte, școala este factorul principal al formării intelectuale, afective și morale a individului.

Spunem *principal* pentru că din partea individului acumularea de cunoștințe depășește cu mult cadrul școlii, iar funcțiile școlii depășesc cu mult predarea de cunoștințe și chiar pe aceea de formare a comportamentului individului; ele se înscriu pe fundamentul evoluției sociale ca factor absolut necesar progresului tehnic, economic, social și uman.

Ce situații deosebite întîmpină procesul de învățămînt și educație în relațiile cu adolescenții?

Vîrsta între 10 și 18 ani, perioadă aproximativ de evoluție a pubertății și adolescenței, este din punct de vedere al acumulării de cunoștințe perioadă de maxime solicitări și de maximă eficiență. Posibilitățile de acumulări de cunoștințe sînt foarte bune : memoria, atenția, funcțiile asociative sînt în continuă evoluție. Randamentul școlar este bun. Apar însă și unele manifestări care, fără să caracterizeze evoluția elevului adolescent, sînt suficient de frecvente pentru a merita o atenție deosebită.

1. *În această perioadă se conturează posibilitățile intelectuale ale individului.* Ele sînt în mare măsură caractere înnăscute, dar puternic influențate de condițiile mediului intern (stare de sănătate, vîrstă etc.), cît și de factorii mediului extern (alimentație, stare economică, mediu socio-cultural, mediu afectiv etc).

Diferențele de posibilități intelectuale sînt normale în cadrul oricărui grup social, chiar și în cadrul familiei, dar modul în care sînt privite aceste diferențe trebuie să dea de gîndit oricărui educator.

În primul rînd trebuie căutată cauza deficitului intelectual : este o stare înnăscută, o stare de boală, o tulburare afectivă ? Randamentul școlar este influențat în egală măsură de inteligență și educație. În probleme de educație există încă multe posibilități de exploatat pentru a ridica randamentul școlar.

2. *Ce cauze determină randamentul școlar al adolescentului ?* Poate el să fie îmbunătățit ?

Dacă inteligența este un factor nativ, comportamentul este educabil. Bine condus educativ și susținut afectiv, un copil cu o inteligență medie poate echivala sau chiar depăși randamentul unui copil înzestrat intelectual, dar instabil comportamental și deficitar educativ.

Este normal ca într-un grup școlar, clasă, organizație de U.T.C. etc. să se facă o anumită ierarhizare. Lucrurile evoluează spontan — cei foarte buni, cei buni, cei slabi. Concurența stimulează activitatea membrilor grupului, dar deprecierile îi demobilizează pe cei slabi. Ce poate să facă educatorul ? Teoretic ar trebui să lucreze cu fiecare elev în parte, stimulînd posibilitățile fiecăruia, variabile de la individ la individ. Dacă unul are o memorie bună, altul are o putere de abstractizare deosebită, altul este disciplinat, celălalt este „bun coleg". „Rezerve personale" se găsesc la fiecare elev. Ele trebuie cunoscute și folosite.

3. *Un factor important pentru îmbunătățirea randamentului școlar este relația permanentă și de încredere reciprocă între școală și familie.*

4. *O altă posibilitate, poate insuficient folosită, este colaborarea cu grupul* (clasa, organizația U.T.C. etc.). Prin această colaborare relațiile dintre *cei buni* și *cei slabi* nu mai sînt relații de concurență, ci de responsabilitate reciprocă față de interesele grupului. Profitul este de amîndouă părțile.

9

Opțiunea profesională

Scopul final al școlarizării este pregătirea unei profesiuni. Perioada adolescenței, pe lîngă multiplele sale probleme legate predominant de transformările biologice ale pubertății, este ultima perioadă, cea mai arzătoare, în care decizia alegerii unei profesiuni nu mai poate fi amînată. Opțiunea pentru o profesiune nu este o problemă de etapă ci rezultatul unor acumulări de cunoștințe, al unor atitudini morale și sociale față de muncă, în general. Se recunosc pe parcursul evoluției copilului pînă la adolescență posibilitățile lui fizice, intelectuale și caracteriale în vederea practicării unei anumite profesiuni. Școala are rolul educativ de a „încuraja" toate posibilitățile și de a „atenua" ambițiile.

Cînd se pune problema opțiunii pentru o anumită profesiune? Ce cauze determină alegerea?

Nu credem că există „o dată" sau „o vîrstă", cea mai propice, pentru a începe preocuparea din partea părinților, a educatorilor și a copilului pentru alegerea unei profesiuni. Factorii individuali, de circumstanță,

factorii sociali sau pur și simplu descoperirea unei vocații pot influența, la date variabile, opțiunea pentru o anumită profesiune.

Sînt copii care dovedesc de foarte timpuriu aptitudini deosebite pentru anumite activități, ca de exemplu pentru muzică, desen, literatură, matematică, activități tehnice etc. Cultivarea cît mai precoce a acestor aptitudini este esențială pentru atingerea unor performanțe.

Aptitudinile sînt capacități înnăscute dar ele pot să rămînă simple posibilități dacă nu sînt cultivate la timp în perioada de maximă eficiență pentru însușirea unor reflexe necesare practicării respectivei profesiuni. Copilul nu-și dă seama că dispune de aceste predispoziții, ci cel mult apreciază afectiv, manifestă plăcere în efectuarea acestor activități. Este sarcina părinților și a educatorilor să descopere la timp și să cultive, educativ și prin colaborare la achiziții de cunoștințe, aptitudinile înnăscute ale copiilor. Copilul posesor al unor astfel de predispoziții va profita de această situație printr-o realizare profesională de excepție, pentru care are dragoste și talent, iar societatea poate beneficia de „vîrfuri" în profesiunea respectivă.

Pot exista și situații în care opțiunea pentru o anumită profesiune să se facă tardiv. Incertitudinea nu înseamnă slăbiciune, iar căutările sînt manifestări de maturitate. Important este ca dorința să fie susținută de posibilități fizice și intelectuale pentru practicarea meseriei alese.

Este adolescentul în măsură să-și aleagă singur profesiunea? Opțiunea adolescentului pentru o anumită profesiune este de cele mai multe ori rezultatul unor procese afective, mai mult influențată de „dorință" decît de recunoașterea obiectivă a posibilităților sale. Adolescentul își poate dori o anumită profesiune pen-

tru că un adult pe care îl admiră are această profesiune (tată, profesor, prieten etc.) sau profesiunea aleasă are aspect „eroic" (aviator, marinar), este o profesiune la „modă", este apreciată social, este un ideal, este un „protest" față de alegerea părinților etc.

Rolul părinților în opțiunea profesională a adolescentului este foarte important, dar nu neglijăm că și această îndrumare conține o mare doză de subiectivism. Adesea părinții doresc pentru copiii lor o profesiune pe care ei înșiși și-au dorit-o (doresc să se realizeze prin copil), apreciază mai ales social și tradițional anumite profesii și le depreciază pe altele ; în dorința de „mai bine" supraapreciază posibilitățile copiilor lor.

Educatorul (profesor, diriginte etc.) are avantajul experienței, al termenilor de comparație, al obiectivizării posibilităților fiecărui copil și al necesității sociale a anumitor profesiuni. El este mai indicat „să îndrume" opțiunea profesională a adolescentului. Activitatea de îndrumare profesională intră în planul global de activitate al dirigintelui, dar mai eficient decît după plan acesta o face afectiv, cu responsabilitate personală pentru fiecare caz în parte.

Examenele de treaptă, învățămîntul pe profil, cunoașterea directă la locul de muncă în practica de producție măresc gradul de informare a adolescenților pentru anumite profesiuni.

Este necesar ca printre argumentele alegerii unei profesii să fie și condițiile de planificare economică generală ; ce ramuri de producție sînt planificate să se dezvolte în următorii ani, ce profesii vor fi necesare în sistemul economic planificat.

În școală, principiul general educativ pentru pregătirea profesională trebuie să pornească de la ideea că în etapa contemporană, datorită revoluției tehnico-științifice, nivelul de cunoștințe general necesar unui individ pentru practicarea unei meserii trebuie să fie suficient de ridicat pentru a permite, pe parcursul practicării meseriei, îmbunătățirea modului de a profesa, crearea unor direcții noi în profesiune sau chiar schimbarea profesiunii.

Învățămîntul obligatoriu de 10 ani dă aceste posibilități, liceul, în plus, mărește șansele.

În etapa contemporană, numărul profesiunilor a crescut foarte mult și se preconizează că în viitorii ani alte noi profesiuni se vor crea.

Odată cu acumularea cunoștințelor necesare practicării unor meserii, la fel de importantă este formarea atitudinii adolescentului față de „muncă în general", față de rolul social și moral al muncii.

În încheierea acestui capitol un cuvînt și despre „insuccesele" la unele examene. Și insuccesul intră în probabilitățile unor acțiuni. El nu trebuie să demobilizeze tînărul, să-l facă să intre în panică. Părinții și educatorii pot contribui, în mare măsură, atît la atenuarea șocului emoțional, cît și la îmbunătățirea pe parcurs a condițiilor în care adolescentul poate să-și asigure realizarea scopului propus. Oricînd este posibil să fie luată de la început o acțiune ratată.

10

Adolescentul încadrat în muncă

Nu exitsă diferențe fundamentale între problemele adolescenților elevi și cele ale adolescenților încadrați în muncă, încadrarea în muncă a adolescenților fiind de fapt „profesionalizarea la locul de muncă". Necesitatea de a învăța rămîne aceeași, atît pentru cultura de specialitate, cît și pentru cultura generală, dar prin încadrarea în muncă crește gardul de responsabilitate și gradul de independență, prin cîștigul material pe care îl realizează.

Aceste condiții speciale dau adolescentului încadrat în muncă posibilitatea să se maturizeze mai devreme. Modurile de manifestare sînt variate, dar ținînd seama de fondul general al personalității adolescentului, aspectele evoluției trebuie încă supravegheate.

— Din spirit de imitație față de adult și prin faptul că au o oarecare independență materială, ei pot să capete mai frecvent unele obiceiuri proaste, cum sînt, băutura, fumatul etc.

— Schimbarea modului de viață și intrarea într-un nou colectiv poate să fie pentru adolescentul încadrat în muncă cauza unor stări emoționale negative care să-i facă dificilă adaptarea la locul de muncă. Este sarcina organizațiilor sociale din întreprindere, a organizației U.T.C. să sprijine educativ și moral adaptarea adolescentului la locul de muncă.

— Un alt factor deosebit de important de care conducerea întreprinderii trebuie să țină seama este apărarea sănătății adolescenților. Adolescenții sînt mai sensibili decît adultul la noxele industriale. Adaptarea lor la efort este deficitară, iar restabilirea după efort necesită timp mai lung. Practic, adolescentul nu este nici atît de rezistent, nici atît de puternic cît pare și nici măcar atît cît își închipuie el că este. Efortul fizic excesiv în perioada adolescenței poate să ducă la rămînerea în urmă a dezvoltării fizice și intelectuale a adolescentului. La fete, efectele nocive ale excesului muncii fizice sînt încă mai accentuate. Poate să apară scădere masivă în greutate, întreruperea ciclului menstrual etc.

— Tot din cauza dificultăților de adaptare la locul de muncă și uneori din cauza nerespectării disciplinei muncii, numărul de accidente de muncă este proporțional mai mare la adolescenți decît la adulți. Aplicarea corectă a legislației muncii privind munca adolescenților, de asemenea și examenele medicale din întreprinderi, cu aprecierea stării de sănătate, precum și gradul de adaptare fizică și psihică la munca pe care o îndeplinește asigură încadrarea corectă a adolescentului în producție. Aspectele evoluției comportamentale morale și de încadrare socio-culturale sînt preluate de organizațiile socialiste din întreprindere și de organizația U.T.C.

11

Adolescentul și grupul

Copilul are prieteni la orice vîrstă, dar caracterul prieteniei variază cu vîrsta. Adolescența este perioada în care nevoia de prietenie este cea mai mare, prieteniile devenind mai stabile, iar influența grupului de prieteni asupra formării personalității adolescentului este deosebit de importantă.

La adolescență, influența familiei asupra copilului scade, uneori apar chiar manifestări „de revoltă" contra autorității familiei, pe care adolescentul o consideră o frînă în realizarea autonomiei lui. Întreaga încărcătură afectivă a adolescenților se îndreaptă către aceia care „îi pot înțelege", cu ei schimbul de afectivitate, de interese, de idei, de concurență făcîndu-se de la egal la egal. Aceștia sînt prietenii, colegii de școală sau membrii unui grup oarecare de adolescenți, care la un moment dat au interese sau idealuri comune. Nevoia de prieteni este comună la băieți și fete, iar prieteniile pot să fie între adolescenți de același sex sau de sexe deosebite. Prin contactul mai strîns între membrii grupului decît cu alți adolescenți, membrii grupului se observă între ei, se apreciază pozitiv sau negativ, se confruntă, caută să se cunoască, iar spiritul de colaborare este foarte mare. Practic, în sînul grupului, fie clasă, grup de colegi de serviciu

sau un grup constituit neorganizat, adolescenții experimentează „modelul" relațiilor sociale pe care le vor avea pe parcurs. Ei își cercetează încrederea, loialitatea, sinceritatea, păstrarea unui secret, spiritul de ajutor reciproc, faptul de a-și ține promisiunile date. Adolescenții pot să fie mulțumiți sau dezamăgiți de aceste relații, aprecierile făcîndu-se în sensul idealului despre om și prietenie pe care adolescentul și l-a făcut.

Informații din toate domeniile de manifestări umane, de la informațiile sexuale la cele culturale și politice, trec prin canalele grupului din care face parte adolescentul.

Grupurile de adolescenți se fac și se desfac după interesele pe care le au la un moment dat în comun membrii grupului, uneori după circumstanțe. În cadrul oricărui grup organizat sau neorganizat, anumiți membri ai grupului se impun în calitate de conducător recunoscut de ceilalți membrii ai grupului. Influențele acestor conducători asupra grupului sînt mai mari. Care sînt motivele pentru care membrii grupului recunosc drept conducător pe unul sau pe altul din membrii săi? Recunoașterea se face adesea spontan. De obicei, acestor membri li se apreciază calitățile intelectuale, calitățile fizice și morale, atașamentul față de interesele grupului, în orice caz, o seamă de elemente pozitive ale caracterului uman.

Am menționat în diverse capitole ale lucrării influențele pozitive ale grupului de adolescenți asupra formării echilibrate a comportamentului membrilor săi și chiar folosirea acestor influențe pentru formarea spiritului de socializare a adolescentului (răspundere, interes și afectivitate pentru problemele colectivului).

Există totuși și situații în care influențele grupului sau cel puțin ale unora din membrii săi asupra ado-

lescenților nu sînt cele dorite. Calitatea relațiilor adolescent-grup — grup-adolescent depinde de calitatea membrilor săi, de locul pe care fiecare îl ocupă în cadrul grupului. Or, în cadrul grupului pot să fie și adolescenți cu înclinații și obiceiuri rele deja formate. În orice societate umană există și indivizi cu defecte caracteriale, ereditare sau dobîndite. Obiceiurile rele sînt extrem de contagioase.

De la obiceiul fumatului, care la început pare o neînsemnată încălcare a disciplinei în familie și școală, dar care devenit obișnuință este foarte dăunător pentru sănătate mai ales la vîrstele tinere, la gustul băuturii, la furt (pentru țigări și băutură trebuie bani), începînd cu mici sustrageri din bugetul familial dar putînd să continue cu furtul din avutul obștesc sau particular, la acte de huliganism și violență, într-un cuvînt la acte de inadaptare socială și delincvență. toate acestea pot să fie preluate, prin imitație de la colegii mai „cunoscători în ale vieții".

Tentația de a gusta din „fructul oprit", falsul curaj și falsa bărbăție sub care sînt prezentate aceste acțiuni de către „acei prieteni" pot să facă din adolescenți victima unor relații greșit selectate.

Discernămîntul adolescentului nu este totdeauna suficient pentru a-și alege prietenii. Singurul mod de a-l feri de asemenea situații grave este supravegherea atentă a componenței grupului de prieteni din care face parte.

În școală, unde comportamentul fiecărui elev este, cel puțin teoretic, posibil să fie cunoscut, cazurile de elevi repetat nedisciplinați și care pot să constituie exemple negative pentru ceilalți trebuie permanent ținute sub observație. Acțiunile lor nepermise trebuie discutate în colectivul de colegi și ei înșiși (membrii grupului) să ajungă la convingerea că este necesar să

marginalizeze influențele celor care nu respectă regulile de morală ale societății.

Rolul părinților este cel mai important. Ei pot să supravegheze relațiile adolescentului în timpul său liber, cu prieteni care eventual nu au loc de muncă (nu sînt elevi, dar nici nu muncesc), cu prieteni aleși întîmplător, sau grupul din care fac parte este cel puțin dubios. Este recomandat a se folosi toate mijloacele pentru a cunoaște „mediul" în care adolescentul își petrece timpul. (Eventual, un schimb de relații cu familiile prietenilor adolescentului și chiar cu acești prieteni prin invitarea lor în familie). Ochiul mai avizat al părinților poate să descopere calități sau defecte peste care adolescentul entuziasmat a trecut cu ușurință. Trebuie acceptat și conservat la adolescent cultul prieteniei (pentru ei este un ideal), dar trebuie menținut contactul cu el asupra relațiilor de prietenie pe care le întreține. Dacă toate aceste acțiuni recomandate mai sus nu au fost făcute la timp sau nu au fost suficiente și astfel de relații periculoase sau nedorite s-au creat, atitudinea părinților trebuie să fie categorică — întreruperea acestor relații.

Trebuie arătat adolescentului pericolul personal și social al unor astfel de relații. Pentru întărirea argumentelor susținute se poate cere sprijinul școlii, în special al dirigintelui, iar pentru adolescenții încadrați în muncă, al organizațiilor cu sarcini social-educative din întreprinderi.

Pentru anihilarea eventualelor grupuri cu acțiuni antisociale, dacă ele au fost depistate, se va apela la organele de miliție.

Nici o acțiune nu este prea dură pentru a îndepărta din climatul social al tinerei generații „cauzele" unor eventuale abateri.

12

Adolescentul și cultura

Copilul primește unele noțiuni de cultură în familie și în mediul său de viață. Aceasta conține obiceiurile, tradițiile, limba. În școală, copilul și în continuare adolescentul își însușește o seamă de cunoștințe generale, numite generic noțiuni de cultură generală, și altele mai specializate, necesare profesionalizării.

Limba vorbită și limba scrisă învățată în familie și școală, uzual numită limba maternă, rămîne în continuare un important instrument de cultură. Felul în care vorbește un om nu sugerează numai un anumit grad de școlarizare, ci și un anumit mod de gîndi, de a interpreta evenimentele lumii înconjurătoare și locul său în spațiul social și cultural al societății din care face parte.

A vorbi și a scrie corect limba maternă este primul pas spre culturalizare.

Deși termenul de cultură este foarte variat înțeles și folosit la diverse civilizații și popoare, luînd accepțiunea tradițională și uzuală a culturii europene, prin

termenul de cultură se înțelege totalitatea manifestărilor spirituale și materiale ale unei societăți.

În acest sens nu există nici o societate fără cultură oricît ar fi ea de primitivă și nici individ fără cultură care, presupunînd că prin „activitatea de viață" un om își însușește cîte ceva din valorile culturale ale societății din care face parte.

Categorisirea manifestărilor culturale pe domenii de activitate umană constituie numai una din multiplele posibilități de clasificare. Pentru calitatea de a fi didactică și mai ușor de urmărit, clasificarea pe domenii de activitate, ca forme de realizare, o reținem în lucrarea de față.

Cultura tradițională este cultura pe care individul o primește în familie și în grupul social din care face parte. Ea conține obiceiurile, tradițiile, limba, dar și un anumit fel de a gîndi și a interpreta evenimentele lumii înconjurătoare. Cultura tradițională este foarte importantă, atît pentru formarea personalității individului, cît și pentru viața societății în care se desfășoară, ea echilibrînd tendința dintre vechi și nou în cadrul evoluției societății.

Prin noțiunea de cultură generală se înțeleg toate domeniile de cunoaștere ale activității umane, de la literatura beletristică la manifestările artistice, la informațiile științifice sociale și politice. Ceea ce pentru unul este informație de cultură generală, pentru altul devine cultură de specialitate. Să luăm de exemplu un adolescent care se pregătește pentru o profesiune în domeniul științelor matematice; pentru el biologia constituie un obiect de cultură generală; pentru un adolescent care se pregătește pentru profesiunea de medic, biologia este un obiect de informații științifice în vederea viitoarei profesiuni.

Cultura de specialitate este aprofundarea într-un anumit domeniu al culturii generale, cu scopul profesionalizării și integrării sociale. Practic nu există granițe între o formă de cultură și alta — cultura tradițională, cultura generală, cultura de specialitate, ele prelungindu-se și îmbogățindu-se una pe alta.

Care este atitudinea adolescentului față de „cultură"?

Față de *cultura tradițională* (obiceiuri, tradiții, comportament tradițional), adolescenții au adesea o atitudine nonconformistă. Dispuși să facă oarecari „schimbări" în viața lor și a societății, ei nu respectă obiceiurile tradiționale și comportamentul tradițional. Afișează ostentativ „opoziția" lor față de modelul societății tradiționale. Manifestările sînt foarte variate, de la violențe verbale, folosind adesea un jargon de grup, la îmbrăcămintea extravagantă și comportamentul necivilizat.

Situația nu este nici o fatalitate, nici o tragedie. La adolescenții care au primit și continuă să primească în mediul familial „exemple" de cultură tradițională, reacția de negativism față de valorile tradiționale este o manifestare de suprafață, adesea de imitație față de alți colegi care fac la fel. Pe măsură ce personalitatea adolescentului se formează, valorile tradiționale vor fi puse la locul de cinste realizîndu-se, în final, fondul cultural educativ al individului.

Cultura generală cu variatele sale forme de manifestare, de la disciplinele umaniste (literatură, filozofie, sociologie, politică etc.) pînă la disciplinele științifice (matematică, fizică, astronomie, biologie etc.), este formată din obiectele la care școala are un mare rol în a trezi interesul adolescenților pentru cunoaștere a lor. Paralel și în continuarea informațiilor pe care

adolescenții le primesc în școală, cultura generală devine o problemă cu implicații personale.

În general, interesul adolescenților pentru fenomenul cultural este foarte mare, ei considerînd informația, mai ales cea științifică, ca pe un exponent al noului.

Adolescenților le place să citească, se interesează de cuceririle spirituale și materiale ale activităților umane : artă, știință, sociologie, politică. „Disputele de idei" pe toate problemele manifestărilor umane suscită deosebit interes. Nu omitem faptul că din consumatori de cultură (cel care folosește manifestările culturale), adolescenții pot să devină creatori de cultură. În cercurile culturale de adolescenți multe manifestări culturale sînt adevărate opere de artă, iar istoria culturii a înregistrat multe personalități care încă la vîrsta adolescenței au manifestat performanțe cu totul remarcabile, au fost adevărați oameni de cultură și artă.

Există totuși și unele situații de care trebuie să ținem seama.

Nu în toate cazurile adolescenții sînt capabili să selecteze singuri din noianul manifestărilor culturale care li se prezintă pe cele de autentică valoare estetică și morală, într-un cuvînt culturală. Marile valori culturale nu se prezintă singure, ele trebuie căutate și drumul către ele este un drum de muncă și inițiere. Adesea adolescenții selectează afectiv manifestările culturale : cărți, muzică, obiecte de artă care „le plac sau nu le plac", alteori din spirit de imitație pentru că și alți colegi fac la fel.

Din păcate, ca în toate manifestările umane, deci și în manifestările culturale, există și manifestări „mărginașe". În general, la aceste forme de manifestări accesul este ușor pentru adolescent. Nu trebuie să facă

un efort special de „a învăța", de „a înțelege". Predomină elementele de plăcere, de amuzament, dar adesea și de prost gust. Nu ne închipuim „omul cult" ca pe un om sobru care nu-și permite o distracție, un amuzament, dar trebuie să existe un echilibru între distracție și culturalizare. Revine părinților, dar mai ales educatorilor (profesori, diriginți, responsabili cu sarcini speciale de cultură și educație), sarcina de a îndruma pașii tinerilor către adevăratele opere de cultură. Primul pas este acela de a face aceste opere cît mai accesibile prin: crearea de biblioteci ținute la zi cu aparițiile editoriale, organizarea de conferințe cu subiecte cultural-educative, prezentarea de filme documentare cu opere din marea cultură națională și universală. A trezi dorința adolescenților de a intra într-un muzeu, într-o sală de concert, la un spectacol bun, de a citi o carte bună este un lucru esențial pentru formarea bunului gust și al interesului pentru cultura de bună calitate.

Bunul gust se învață și se formează, este unul din rezultatele intervenției sociale asupra individului.

Cultura de specialitate sau cultura profesională se capată în mare măsură în școală, aprofundînd acele discipline care conțin datele elementare pentru pregătirea într-o anumită profesiune. Ulterior, ea se completează la locul de muncă, prin cursuri de specializare sau cursuri universitare.

În condițiile marilor transformări economico-industriale în lumea contemporană, este necesar ca informațiile de cultură generală și de specialitate să pornească de la un nivel de cunoaștere care să permită individului creșterea permanentă a nivelului de informații și de acumulare de noi date.

Odată cu revoluția tehnico-științifică, nivelul de informații în toate domeniile de activitate, inclusiv cele profesionale, a crescut foarte mult și fenomenul este în plină desfășurare. Adolescenții de azi sînt specialiștii care mîine vor manipula un imens arsenal informațional. Tipul lor „de cultură" va suferi probabil multe modificări față de noțiunea de cultură de astăzi (se consideră că în viitorii ani, cantitatea de informații cultural-științifice se va dubla la fiecare cinci ani).

Rolul educativ și informativ al școlii și, în general, al societății este să-i pregătească de pe acum în vederea acestor transformări, care în mod continuu vor solicita sistemul de adaptare socială.

„A învăța" devine un mod de viață.

13

Alimentația adolescentului

Dintre toți factorii mediului extern, alimentația influențează cel mai evident debutul și evoluția pubertății și adolescenței. În această perioadă este necesară, pe lîngă asigurarea unui aport calitativ și cantitativ de alimente, și informarea corectă asupra obiceiurilor alimentare, obiceiuri de care va depinde în mare măsură sănătatea prezentă și viitoare a individului

Schimbările generale din comportamentul adolescentului, o oarecare tendință la dezordine, tendința de a acționa predominant sub influența impulsurilor afective, tendința de a-și manifesta „libertatea" față de familie, se resimt și în comportamentul alimentar : mănîncă neregulat, mănîncă ce le place, nu mai respectă regulile tradiționale ale meselor în familie. Deși sînt „copii mari", supravegherea modului în care se alimentează este încă necesară.

Alimentele

Înțelegem prin alimente totalitatea produselor pe care omul le ingeră cu scopul de a se hrăni. Deși sortimentele de alimente sînt foarte numeroase, substanțele

chimice prin care alimentele iau parte la procesul de nutriție a organismului sînt în număr de șase : proteinele, lipidele (sau grăsimile), glucidele (sau zaharurile), vitaminele, sărurile minerale și apa.

Principiile nutritive iau parte la funcția de nutriție prin două acțiuni :

— prin puterea calorigenă rezultată din „arderea" în organism (o complexă înlănțuire de reacții biochimice), cu producere de energie chimică și calorică ;

— prin acțiunea specifică a fiecărei substanțe pentru una sau mai multe funcții ale organismului, ceea ce face ca substanțele alimentare să nu se poată înlocui una pe alta decît într-o mică măsură.

Fazele prin care se realizează în organism fenomenul biologic de transformare a alimentului brut în energie vitală necesară întreținerii funcțiilor vieții și activității organismului sînt foarte complexe, digestia și metabolismul reprezentînd fazele principale.

Dintre principiile nutritive numai proteinele, glucidele și lipidele au proprietatea de a degaja în organism „energia calorică" ; vitaminele și sărurile minerale nu au putere calorigenă, ele îndeplinesc în organism funcția de biocatalizator, contribuind sau luînd parte la producerea reacțiilor chimice necesare metabolismului. Apa este mediul de dispersare în care se realizează toate aceste reacții.

Pentru aprecierea conținutului în principii nutritive al diverselor alimente este posibilă clasificarea alimentelor pe grupe de alimente. În fiecare grupă intră alimente cu conținut apropiat în principiile nutritive. Alimentele din același grup se pot înlocui unele pe altele.

Aceste grupe sînt :

grupa I — lapte și brînzeturi ;

grupa II — carne și pește ;

grupa III — ouă ;
grupa IV — legume și fructe ;
grupa V — derivate de cereale, legume uscate, fructe oleaginoase ;
grupa VI — produse zaharoase ;
grupa VII — grăsimi ;
grupa VIII — băuturi.

În primele trei grupe intră alimentele din regnul animal, următoarele două grupe aparțin regnului vegetal, iar ultimele trei reprezintă produse industriale. Pentru a acoperi nevoile calorice și metabolice ale organismului, în „rația alimentară zilnică", respectiv în meniul zilnic, trebuie cuprinse alimente aparținînd cît mai multor grupe și în proporții bine definite unele față de altele.

Tabelul IV prezintă clasificarea alimentelor pe grupe, principalele proprietăți nutritive ale fiecărei grupe, precum și cantitatea aproximativă de aliment necesară funcționării în bune condiții a organismului puberilor și adolescenților.

Pentru menținerea și îmbunătățirea calităților naturale ale alimentelor trebuie să se țină seama de modurile în care alimentele sînt produse, achiziționate, transportate și prelucrate. În toate aceste etape scopurile principale sînt :

— alimentele să nu se degradeze ;

— alimentele să nu se contamineze cu microbi sau cu substanțe toxice. Astfel de situații le-ar face nocive pentru organism.

Organele sanitare de igienizare și protecția alimentației au fixat norme precise pentru modul în care alimentele pot să fie manipulate. Aceste norme sînt legiferate și încălcarea lor este pedepsită prin lege.

Pentru îmbunătățirea gustului și a condițiilor unei bune asimilări în organism, prelucrarea culinară, „gătitul", are nu rol important.

Necesitățile nutritive la pubertate și adolescență

Sub influența transformărilor biologice care au loc la pubertate și adolescență, nutriția capătă și ea unele aspecte particulare.

Metabolismul general crescut, precum și activitatea fizică mai mare în această perioadă fac să crească în totalitate și proporțional pe kilocorp consumul de energie. Creșterea consumului de energie atrage implicit necesitatea creșterii aportului de substanțe care, absorbite în organism, pot să elibereze energie. Acestea sînt alimentele, iar cantitatea necesară este reprezentată de rația alimentară zilnică sau meniul zilnic.

Un adolescent băiat are nevoie de o rație alimentară zilnică ce trebuie să conțină aproximativ 3 000 calorii, iar o fată are nevoie de aproximativ 2 500 calorii (echivalente cu acelea ale unui adult activ).

Creșterea rapidă a masei corporale necesită un aport crescut de substanțe plastice, respectiv de proteine și săruri minerale. Proteinele cu valoarea nutritivă cea mai completă sînt proteinele de proveniență animală.

Pentru a face față metabolismului foarte activ în această perioadă, organismul adolescentului are nevoie de o cantitate crescută de vitamine și apă.

În concluzie, în rația alimentară zilnică a adolescentului este nevoie, cantitativ, de o creștere globală a cantității de alimente ingerate și, calitativ, de o creștere a cantității de alimente cu conținut în proteine, în special proteine de proveniență animală, de săruri minerale și apă.

Tabelul IV

Clasificarea produselor alimentare după proprietăţile lor nutritive şi necesităţile nutritive la adolescenţi

Grupa	*Denumirea produselor*	*Aportul nutriţional*	*Necesităţile nutritive în grame de produs alimentar*		
			10—12 ani	Adolescenţi	
				Băieţi 13—18 ani	*Fete 13—18 ani*
	Calorii necesare pentru 24 ore		2 300	3 000	2 500
I	Lapte şi preparate (iaurt, lapte bătut, lapte acidulat) Brînzeturi	Proteine de calitate superioară	500	400	400
		Substanţe mineralizante (calciu, fosfor) Vitamine A, D, grupa B	30	40	40
II	Carne şi preparate de carne, inclusiv peşte	Proteine de calitate superioară Substanţe mineralizante (fier fluor, iod etc.) Vitamine din grupul B, vit. PP, acid folic	140	225	225
III	Ouă	Proteine cu valoare nutritivă foarte mare. Gălbenuşul excelentă sursă de vitamine (A, D, E, B_2, B_6, acid pantotenic etc.) Conţine fier, fosfor tonifiante ale sistemului nervos	50	50	50
IV	Legume şi fructe	Proteine vegetale, săruri minerale (fier, calciu)			
	a) cartofi	Vitamina C, P, K, provitamina A	200	250	250
	b) alte legume (morcovi, ceapă, sfeclă, mazăre, fasole verde etc.)	Hemiceluloză şi pectine care ajută funcţionarea tranzitului digestiv	150	200	200
	c) legume-frunze (varză, salată, spanac)		50	100	100
	d) fructe		300	350	300
V	Cereale şi leguminoase uscate	Principala sursă de calorii acoperind 25—50% din trebuinţele energetice ale omului.	300	450	350
	a) pîine intermediară b) paste făinoase, griş, orez, mălai	Proteine vegetale	50	60	50
	c) fasole uscată, mazăre	Vitamine din grupul B	10	20	15
VI	Zahăr şi produse zaharoase (dulceaţă, bomboane, ciocolată)	Principala sursă de glucide uşor asimilabile Valoare calorică mare	50	70	60
VII	Grăsimi de provenienţă animală (unt, smîntînă, untură)	Cele animale bogate în vitamina A, D, E	40	50	40
	Grăsimi de provenienţă vegetală (ulei, margarină)	Valoare calorică mare	25	30	25

În tabelul IV sînt redate cantitățile aproximative de alimente necesare în rația alimentară zilnică a adolescentului. Cantitățile indicate sînt orientative. Variațiile individuale metabolice și de consum de energie prin activități fizice sînt foarte mari în această perioadă. Singurul criteriu obiectiv al unei alimentații complete este buna dezvoltare a organismului.

În afară de cantitatea și calitatea alimentelor folosite, un alt factor de o deosebită importanță pentru realizarea echilibrului funcției digestive este ritmul ingerării alimentelor. Aceeași cantitate de alimente poate să aibă efect pozitiv sau negativ asupra dezvoltării în raport cu ritmul în care a fost ingerată. De exemplu, ingerarea unei cantități mari de alimente, repartizate la un număr mic de mese, poate să ducă la obezitate ; aceeași cantitate și calitate repartizate la la mai multe mese duce la o dezvoltare normală.

Pentru puber și adolescent se recomandă 4—5 mese pe zi, 3 mese principale și 1—2 gustări. Rația alimentară zilnică se repartizează în proporție de : 20—25% la micul dejun ; 10—15% la gustare ; 40—45% la prînz ; 25—30% la cină.

Micul dejun trebuie să fie consistent, avînd în vedere că majoritatea activităților se desfășoară dimineața ; el trebuie să conțină lapte, ouă, brînzeturi, pîine, unt, miere sau dulceață.

Gustarea se recomandă să conțină fructe, biscuiți sau pîine cu unt, sandvișuri cu carne sau brînză.

Prînzul trebuie să conțină 2 feluri de mîncare, dintre care un fel, proteine de origine animală : carne, ouă, brînză și derivate.

Seara ; una-două feluri de mîncare, dintre care un fel să conțină proteine de origine animală : lapte sau derivate, ouă, carne sau pește.

Modul de a găti pentru adolescenți nu diferă de cel pentru adulți. În această privință primează obiceiurile familiale, dar pentru o alimentație rațională se recomandă ca prin gătit să se păstreze cît mai mult gustul și calitățile naturale ale fiecărui aliment, iar alimentele care pot fi folosite în stare naturală, cum sînt fructele, zarzavaturile etc., să fie cît mai mult utilizate sub această formă.

Gusturile alimentare ale adolescenților trebuie acceptate dar nu trebuie să constituie criteriul obligatoriu în alcătuirea meniurilor.

Este indicat să se folosească toate posibilitățile pentru ca cel puțin două mese pe zi să fie luate cu întreaga familie.

A solicita colaborarea adolescentului la achiziționarea și pregătirea alimentelor este o măsură educativă și necesară bunelor relații în familie.

Greșeli ce trebuie evitate în problemele de alimentație la adolescență

Din partea adolescenților :

— Să evite dezordinea alimentară, atît în ritmul de alimentație (mese prea dese sau prea rare), cît și în cantitatea de alimente consumată la o masă (mese prea abundente, alternînd cu mese foarte reduse, uneori chiar „sărind" peste mese).

— Să-și organizeze astfel programul încît mesele să poată fi luate în liniște, cele luate în grabă și în stare de agitație fiind dăunătoare pentru sănătate.

— Să nu mănînce unilateral, după gust, să nu mănînce în exces unele alimente, altele prea puțin sau deloc.

— Trebuie combătut obiceiul unor adolescenți de a înlocui unele mese cu produse alimentare cum sînt : sucurile, bomboanele, rahatul, înghețata, batoanele etc., cumpărate la chioșcurile de alimente. Aceste produse nu au nici o valoare nutritivă, ele fiind numai „calorii goale". Folosirea în exces a unor astfel de produse alimentare poate conduce la dezechilibre alimentare (obezitate etc.).

— Să respecte regulile de igienă alimentară, spălarea pe mîini înaintea meselor, spălarea alimentelor înainte de a fi folosite (fructe, zarzavaturi etc.), folosirea veselei personale în alimentație (pahar, farfurii, tacîmuri) ; să nu schimbe între ei alimentele din care au gustat prin mușcare (la o anchetă epidemiologică pentru un caz de hepatită s-a depistat situația a 9 colegi care mușcaseră din același măr).

Din partea părinților :

— Să nu insiste ca adolescentul să consume o anumită cantitate de alimente, chiar dacă este după normele recomandate, dacă adolescentul se dezvoltă normal. Necesitățile nutritive prezintă mari variații individuale, iar rația pe care părinții doresc ca adolescenții să o consume poate să depășească necesitățile personale ale adolescentului respectiv Surplusul ingerat poate să ducă la obezitate.

— La același adolescent, să adapteze cantitatea și calitatea alimentelor după condițiile de efort pe care acesta îl face într-o anumită perioadă.

În perioadele de eforturi intelectuale și emoționale mari (perioade de examene, concursuri etc.), alimentația trebuie să fie suficientă dar nu abundentă. În aceste perioade, adolescenții își reduc activitățile fizice și cantitățile de alimente în surplus se pot depune ca strat adipos și pot conduce la obezitate. În plus, starea emoțională puternică a adolescentului, în asemenea situații, nu permite o digestie bună. Pot să apară tulburări de digestie, crampe abdominale, diarei sau constipații.

În perioadele de eforturi fizice mari, la adolescenții sportivi, alimentația trebuie să fie calitativ și cantitativ suficientă pentru a acoperi consumul de energie crescut în efortul fizic. Pe lîngă alimentele obișnuite, mai trebuie folosite alimente energetice ușor asimilabile, cum sînt : sucurile naturale de fructe, dulcețurile, mierea, glucoza etc.

— Pe motivul că adolescenții sînt mai independenți și uneori opun chiar rezistență la sfaturile părinților, nu trebuie să se abandoneze rolul lor de educator în problemele de alimentație. Prin felul în care sînt prezentate mesele, prin respectul pentru orarul meselor, prin modul personal de a se manifesta în probleme de alimentație, contribuția părinților la formarea deprinderilor alimentare ale adolescenților este încă prezentă și foarte importantă.

Școala, de asemenea, prin lecțiile de educație sanitară și prin supravegherea comportamentului adolescenților față de problemele alimentare, poate să contribuie în mod substanțial la formarea unor deprinderi alimentare corecte.

Pentru crearea unor condiții mai bune de alimentație pentru adolescenți, tot cu sprijinul școlilor, al părinților și al factorilor socio-culturali implicați în ocrotirea adolescenților, se pot înființa, acolo unde este necesar (elevii locuiesc la distanțe mari de școală, programul este prea încărcat și nu pot să ajungă acasă la orele de masă), cantine școlare sau alte unități alimentare, de unde adolescentul să-și poată cumpăra alimente de bună calitate, păstrate și prezentate în condiții igienice.

14

Adolescentul și sportul

Practica exercițiilor fizice pentru a crea și menține o condiție fizică bună (putere și vigoare) este foarte veche. Ea s-a practicat în toate timpurile și în toate societățile umane. Scopul acestor practici era de a îmbunătăți cît mai mult puterea de muncă (munca fizică fiind predominantă în acele timpuri) și mai ales pentru acțiunile de război.

Pentru prima dată în istorie, în Grecia antică sportul s-a separat de luptă, devenind o preocupare de sine stătătoare.

Înființarea Jocurilor Olimpice în anul 776 î.e.n. materializează concepția și tendința omului pe drumul civilizației de a se depăși prin competiție.

În condițiile vieții contemporane sînt puține profesii în care activitatea fizică să fie preponderentă iar pentru viitor se preconizează scăderea în continuare a activităților fizice în munca profesională. Majoritatea oamenilor, inclusiv tinerii, duc o viață sedentară, lipsită de excitantul natural al echilibrării funcțiilor organismului — efortul fizic.

Binefacerile tributare activității fizice (sănătatea, echilibrul psihic și intelectual, longevitatea activă etc.) sînt cunoscute și recunoscute atît în mediile științifice (medicină, biologie etc.) cît și în rîndul populației.

După alimentație, activitatea fizică este, ca importanță, al doilea factor de menținere și întărire a stării de sănătate.

De ce atunci un factor de sănătate atît de important și la care posibilitățile de acces sînt aproape unanime este atît de puțin exploatat la nivel individual și de masă ?

Adolescentul elev își petrece 4—5 ore pe zi în bancă, alte 3—4 ore la masa de lucru acasă pentru pregătirea lecțiilor. Efortul intelectual este foarte mare dar consumul energetic este minim. Cum toate aceste activități se petrec în spațiu închis, eventual și aglomerat, sedentarismul și lipsa oxigenului din atmosferă duce la senzația de disconfort fizic și psihic, accentuarea stării de oboseală, uneori chiar dureri de cap și lipsă de poftă de mîncare.

Părinții încearcă să facă totul pentru sănătatea și reușita în viață a copiilor lor, le asigură o alimentație corectă, eventual suplimentată cu vitamine sub formă medicamentoasă, le pune meditatori și le oferă cursuri de limbi străine, muzică etc. Dar care este părerea lor despre sport ?

Pentru tineri și adolescenți sportul nu este numai un factor de întreținere a sănătății, cum este pentru adulți și bătrîni, ci și un factor de modelare a comportamentului și personalității individului. Prin sport crește gradul de combativitate, spiritul de colaborare (sporturile în echipă), pentru adolescenții timizi este o modalitate excelentă de a-și învinge timiditatea, pentru cei îndrăzneți de a-și disciplina reacțiile în raport cu cerințele activității sportive.

Contrar opiniilor unor părinți că sportul îi îndepărtează pe copii de la preocupările școlare, majoritatea adolescenților sportivi sînt și excelenți elevi la materiile școlare. *Practicarea sportului mărește randamentul școlar.*

Pentru realizarea unei activități sportive în general, și pentru copii și adolescenți în special, doi factori sînt de luat în considerație :

— factorul organizatoric (baze sportive, condiții de antrenament, asociații sportive, tabere etc.) ;

— factorul educativ (opinia de masă asupra avantajului activității sportive).

Primul factor necesită investiții, un plan de organizare, crearea de forme de activitate sportivă, asociații sportive etc. Într-o bună măsură, unele din aceste obiective au fost realizate, altele sînt în curs de realizare. Succesele echipelor noastre naționale, în diverse ramuri sportive, o dovedesc. Mulți copii încă în pragul adolescenței au ajuns la performanțe sportive internaționale. Pentru realizarea acestor performanțe, aptitudinile sportive trebuie depistate foarte de timpuriu, iar pentru ca ele să se mențină, efortul sportiv trebuie făcut gradat, sub strictă supraveghere medicală, Nu vom intra în amănunte asupra tehnicilor de adaptare funcțională la efort a sportivilor de performanță (medicina sportivă se ocupă cu aceste probleme).

Ne mîndrim cu vîrfurile performanțelor sportive, dar pentru sănătatea și echilibrul fizic și psihic al tinerei generații este mai importantă antrenarea în activitățile sportive a cît mai multor adolescenți.

Acțiunile cultural sportive în cadrul Daciadei au mobilizat mase largi de adolescenți în competiții sportive, dar aceste manifestări trebuie lărgite pentru a intra în activitatea de rutină a adolescenților.

Se estimează că numai 20—25% din adolescenți practică sportul într-o asociație sportivă. O altă parte practică sportul individual : mersul pe jos, alergări, bicicleta, turismul, jocurile sportive, dar aproximativ 50% nu practică nici un sport. Explicațiile care se dau sînt : lipsa de baze sportive în apropierea școlii sau locuinței, lipsa de timp, neînțelegerea din partea părinților a dorinței adolescenților de a practica sportul.

Opinia pentru promovarea activității sportive în rîndul copiilor și adolescenților trebuie formată și susținută față de ei (copii și adolescenți) dar și față de părinți, uneori și față de educatori. Dintre instituțiile socio-culturale în măsură să promoveze aceste opinii, școala are cele mai multe șanse de reușită. Prin contactul direct și permanent cu adolescenții, dar și cu părinții, școala poate să formeze în mod unanim spiritul de adeziune la activitățile sportive. Dornici de „competiție", adolescenții sînt în mod deosebit atrași către astfel de activități. Efortul făcut de bună voie stabilizează echilibrul psiho-afectiv ; se realizează astfel, pe lîngă o bună condiție fizică, și mulțumirea pentru reușită, sentiment atît de necesar dezvoltării armonioase a personalității adolescentului.

15

Aspecte de patologie în perioada de pubertate și adolescență

În capitolul „Tulburări în evoluția pubertății" am menționat cîteva din aspectele patologice legate de evoluția elementelor puberale. În capitolul de față vom menționa unele aspecte cu caracter deosebit în apariția și dezvoltarea unor stări patologice în perioada pubertății și adolescenței.

În peroada pubertății și adolescenței, frecvența îmbolnăvirilor nu este mai mare decît în alte perioade ale vieții ; bolile pe care le fac adolescenții sînt în general aceleași pe care le fac copiii și adulții. Condițiile speciale ale organismului în perioada pubertății și adolescenței (creșterea rapidă, transformările corporale, dezvoltarea sexuală) fac însă ca unele manifestări patologice (semnele de îmbolnăvire) să capete aspecte particulare. Dacă adăugăm la acestea faptul că o seamă de defecte ereditare structurale sau metabolice debutează ca boală în perioada pubertății și adolescenței avem suficiente argumente pentru a îndreptăți supravegherea permanentă și specializată a evoluției pubertății și adolescenței.

În literatura de specialitate se vorbește chiar despre necesitatea creării unei ramuri de specialitate — „medicina adolescenților" —, așa cum există medicina infantilă, medicina adultului, medicina vîrstei a treia, cerințe motivate de reactivitatea specifică a adolescenților la acțiunea factorilor patogeni.

Semnele prin care se pot manifesta diversele stări patologice (boli) sînt mult mai puține decît cauzele care le pot determina, respectiv bolile care pot afecta organismul ; de exemplu, senzația de durere este comună unor multiple cauze de îmbolnăvire. În capitolul de față, succintă prezentare a unor aspecte de patologie în perioada de pubertate și adolescență, nu vom aborda „bolile" care pot să apară (este o patologie foarte complexă și de strictă specialitate), ci vom puncta unele din acele semne care pot sugera apariția unor eventuale îmbolnăviri sau numai dereglări ale unor funcții ale organismului. Pentru a fi mai ușor urmărită această enumerare de semne le vom prezenta pe organe și aparate.

Pielea și țesutul celular subcutanat

La pubertate și adolescență pielea este foarte sensibilă, cu o mare tendință reactivă la factori interni (hormonali, metabolici, alergici etc.) și externi (agenți chimici, fizici, infecțioși etc.). Boala de piele cea mai frecventă la pubertate și adolescență este *acneea juvenilă*, rezultat al reactivității pielii la impregnarea organismului cu hormoni sexoizi. Apare mai frecvent la băieți, localizările cele mai obișnuite fiind pe față, pe partea superioară a toracelui (față și spate) uneori pe fese. Se manifestă sub forma unor puncte negri-

cioase (comedoane), constituite dintr-un dop de sebum ce se înfundă în foliculul pielo-sebaceu. Prin infectarea cu microbi se pot forma pustule cu conținut purulent. Acneea juvenilă poate să evolueze o perioadă destul de lungă (2—3 ani) iar neîngrijită la timp poate să lase cicatrice inestetice pe față și torace.

Transpirația este mai abundentă și urît mirositoare la pubertate și adolescență. Ea poate să devină un factor de iritație a pielii mai ales în zonele în care este mai abundentă : subsuoară, regiunea genito-anală, iar la fete și în regiunea submamelară. Aplicarea corectă a igienei personale prin spălare de 2—3 ori pe zi cu apă și săpun a zonelor mai afectate evită aceste neajunsuri.

Acrocianoza este o afecțiune care se manifestă prin cianoză cu nuanță roșie-violacee a extremităților membrelor : mîini, brațe, picioare, gambe, uneori este prins și nasul. Cianoza este însoțită de răcirea și transpirația abundentă a zonelor afectate, se exagerează la frig și stări emoționale. Acrocianoza apare, de obicei, în perioada de pubertate și adolescență ; cauzele apariției sînt neuroendocrine. Este necesar consult medical.

Iritațiile prin acțiunea agenților externi (agenți chimici, fizici, infecțioși). Atragem atenția asupra sensibilității pielii adolescenților la agresiunea agenților chimici, fizici sau infecțioși, mai ales în contextul locului de muncă al adolescenților. Contactul direct și brutal cu astfel de substanțe poate să determine apariția de iritații sau eczeme cu urmări uneori grave, mergînd pînă la compromiterea posibilităților adolescentului de a profesa o anumită meserie. La fete, atragem atenția asupra folosirii cu prudență a farduri-lor și a diverselor cosmetice (deodorante, spumă de baie etc.) și acestea putînd fi cauza apariției unor iritații sau eczeme ale pielii.

Sistemul osteo-muscular

În perioada pubertății și adolescenței sistemul osteo-muscular este sediul unor importane modificări și, de asemenea, solicitări. Rapiditatea creșterii poate pune în dificultate sistemul de corelație între maturarea osoasă și masa corporală, în plus defecte congenitale sau căpătate în copilărie (sechele de rahitism, vicii de postură etc.) se pot accentua în această perioadă. Nu neglijăm faptul că pubertatea și adolescența reprezintă ultima perioadă cînd organismul încă în creștere mai poate fi modelat, respectiv se mai pot corecta anumite defecte pe care le prezintă.

În acest sens este necesară observarea permanentă a dezvoltării corecte a sistemului osteo-muscular, atît de către părinți, cît și la controalele medicale periodice. Bolile care pot să afecteze sistemul osteo-muscular în copilărie și adolescență sînt multiple. Ele nu pot fi explicate și nici măcar enumerate în această scurtă prezentare a unora dintre aspectele patologice la adolescență. Vă sfătuim ca pentru orice incertitudine asupra dezvoltării corecte a sistemului osteo-muscular la adolescență să vă adresați medicului. Dintre semnele prin care se manifestă diversele tulburări ale sistemului osteo-muscular citām : aspecte structurale vicioase (deformări ale coloanei vertebrale, torace deformat simetric sau asimetric, membre deformate, genunghii depărtați sau prea apropiați, gambe incurbate, picior plat etc.) ; poziții vicioase (ale coloanei vertebrale, ale membrelor, ale toracelui) ; tulburări funcționale (dificultatea de a executa anumite mișcări, tulburări în mers, oboseală etc.) ; durerea.

Durerea permanentă sau cu caracter intermitent, acută sau discretă, este un semn care trebuie luat totdeauna în considerație. Ea apare înaintea tulburărilor morfologice și funcționale ; cercetată de la început ne dă posibilitatea depistării unor eventuale îmbolnăviri într-un stadiu incipient. Durerile care apar la nivelul extremităților osoase, la genunchi, coapse, umeri, cot etc. și care adesea sînt etichetate chiar de părinți ca „dureri de creștere" (termen fără nici o susținere medicală) pot să fie semnul de debut al unor boli ale sistemului osteo-muscular, tulburări neuro-endocrine sau metabolice. Copilul trebuie supus unui examen medical complet.

În cadrul sistemului osteo-muscular regiunea cea mai afectată este coloana vertebrală. Pot să apară modificări în structura coloanei vertebrale sau numai vicii de poziție. Deformările coloanei vertebrale pot să fie :

— În plan antero-posterior, realizînd *cifozele* (copilul privit din profil, se evidențiază în regiunea toracică superioară accentuarea curburii dorsale, curbură cu convexitatea anterioară). Uneori prin compensație se accentuează lordoza lombară, curbură cu concavitatea posterioară.

— În plan frontal (copilul privit din spate) se observă conturul coloanei vertebrale (apofizele spinoase ale vertebrelor) deviat lateral, formînd o curbură cu concavitatea la dreapta sau la stînga după cum este deviată coloana ; acestea sînt *scoliozele*. În această formă de deformare a coloanei vertebrale de obicei nici umerii nu sînt la același nivel.

Oricare dintre deformările coloanei vertebrale pot să fie cauzate de hipotonia musculaturii spatelui și abdomenului, realizînd viciile de postură, sau de aberații de conformație a vertebrelor (anomalii de număr, de formă, defecte segmentare etc.), realizînd deformări permanente ale coloanei vertebrale. Numai un examen medical competent poate preciza cauza, iar tratamentul și evoluția sînt deosebite pentru fiecare formă în parte.

Alte tulburări ale sistemului osteo-muscular care apar relativ frecvent în perioada de adolescență sînt : tulburări și reacții inflamatorii la nivelul articulațiilor șoldurilor, piciorul plat, inegalitatea în lungime a membrelor inferioare, reacții inflamatorii ale oaselor labei piciorului etc. De reținut că unele din aceste modificări patologice ale sistemului osteo-muscular, care în perioada pubertății și adolescenței (viciile de poziție ale coloanei vertebrale, piciorul plat etc.) pot să afecteze numai ținuta și aspectul estetic al adolescentului, netratate la timp în evoluția lor sînt potențial cauzele unor mari suferințe sau chiar infirmități la vîrsta adultă (spondiloze, artroze etc.)

Aparatul respirator

Bolile aparatului respirator la pubertate și adolescență sînt, în general, cele întîlnite la copil și adult. Reținem cîteva elemente caracteristice. Am menționat pe parcursul lucrării faptul că între dezvoltarea corporală și funcționalitatea organelor există în această perioadă un oarecare decalaj, funcționalitatea rămînînd ușor în urma dezvoltării corporale. Acest fapt influențează și funcționalitatea aparatului respirator.

— În situație de efort adolescentul se adaptează prin creșterea frecvenței respirației și nu prin mărirea amplitudinii respiratorii, cum este normal la adult.

Este o adaptare neeconomică pentru organism. Adolescentul nu trebuie scutit de eforturi fizice, dar trebuie adaptat progresiv.

— Aparatul respirator la adolescenți este mai vulnerabil la inhalații de substanțe iritante, chimice sau fizice (praf, fum, substanțe chimice industriale etc.) decît organismul adulților. Expunerea prelungită a adolescenților în atmosferă poluată reprezintă risc pentru apariția unor îmbolnăviri ale aparatului respirator (laringite, traheite, bronșite etc.). Este de reținut acest fapt în alegerea locului de muncă al adolescenților încadrați în producție.

— În perioada pubertății și adolescenței se observă o creștere relativă a frecvenței manifestărilor alergice ale aparatului respirator : rinite alergice, rino-sinuzite, bronșite astmatiforme, astmul bronșic. Asupra astmului bronșic la adolescență menționăm faptul că manifestări de tip astmatiform pot să fie declanșate și de factori afectivi (insatisfacții familiale sau școlare, situații de insecuritate etc.). În toate aceste cazuri tratamentul trebuie să ia în considerație și terenul psiho-afectiv al adolescentului.

Aparatul cardio-vascular

În acest capitol ne referim la adolescentul „sănătos" pe care îl observăm pe parcursul evoluției. Pentru copiii care congenital sau din copilărie au suferit și continuă să sufere de diverse boli cardio-vasculare, măsurile pe care părinții le vor lua vor fi acelea recomandate de medicul specialist care tratează copilul.

Manifestările patologice care pot să apară la adolescență la un copil care pînă la această etapă nu a

suferit de o maladie cardiacă sînt în general tulburări funcționale și sînt cauzate de instabilitatea sistemului neuro-vegetativ. Aceasta nu înseamnă să îndepărtăm, fără a cerceta, cauzele mai grave, cum ar fi apariția în această perioadă a unor boli generale cardio-vasculare, renale sau neuro-endocrine. Un adolescent care prezintă repetate tulburări cardio-vasculare cum sînt : palpitații, oboseală la eforturi chiar minime, senzație de leșin sau chiar leșin, dureri precordiale la efort, trebuie prezentat urgent la medic.

Hipertensiunea arterială la adolescență. Se consideră hipertensiune arterială valorile care depășesc constant 140/90 mmHg pentru copil ; 150/100 mmHg pentru adolescent. Neavînd expresie clinică specifică, hipertensiunea arterială la adolescenți este depistată cel mai adesea la un control medical de rutină. Antecedentele familiale de hipertensiune arterială, obezitatea, aportul crescut de sare, stările emoționale puternice, cum și eforturile fizice excesive sînt factori de risc în apariția hipertensiunii arteriale la adolescenți. Cauzele care pot declanșa hipertensiunea arterială la adolescență sînt multiple, hipertensiunea arterială fiind adesea numai un simptom în cadrul unor afecțiuni generale complexe (renale, endocrine, metabolice, nervoase etc.). Practic, hipertensiunea arterială la adolescență odată depistată, adolescentul trebuie supravegheat medical prin examene clinice și de laborator pînă la recunoașterea cauzei care a declanșat hipertensiunea arterială.

Hipotensiunea arterială este rară, în afara unor boli generale infecțioase sau șocuri traumatice. Se manifestă prin stări de lipotimie, senzație intensă de oboseală, transpirații reci. O formă deosebită este *hipotensiunea ortostatică.* În această formă, a cărei cauză

este cel mai adesea neuro-endocrină, manifestările sînt generale. Copiii și adolescenții care prezintă această formă de boală prezintă instabilitate neuro-vegetativă, acuză oboseală, dureri abdominale, cefalee, stări de rău, iar dacă stau un timp îndelungat în picioare prezintă lipotimii (leșin).

Palpitațiile sau tahicardiile sînt tulburări ale ritmului bătăilor inimii în sensul creșterii frecvenței lor. Sînt resimțite ca o senzație neplăcută de mișcări supraadăugate în regiunea precordială. Pot să apară ca un simptom singular sau să fie însoțite și de alte manifestări în cadrul sistemului cardio-vascular sau în alte sisteme. La adolescență, cauza cea mai frecventă a apariției palpitațiilor este instabilitatea neuro-vegetativă. Dacă palpitațiile se repetă și devin supărătoare pentru adolescent trebuie consultat medicul. Palpitațiile pot să fie unul din semnele de debut ale unor boli generale cardio-vasculare, renale sau neuro-endocrine.

Tulburări de metabolism și nutriție

În perioada de pubertate și adolescență, fenomenele metabolice suferă importante remanieri. Odată cu aceste remanieri pot să apară și unele dereglări la oricare nivel de activitate metabolică, în plus unele defecte congenitale de metabolism pot să capete în această etapă forma clinică de boală.

Desigur, rolul părinților nu este de a pune diagnosticul, ci de a sesiza anumite stări care sugerează o situație „anormală" ; în continuare consultațiile medicale și investigațiile de laborator vor clarifica problemele ridicate. Cum multe din defectele congenitale

de metabolism sînt și ereditare (se moștenesc) atenția va fi cu atît mai mare dacă în familie este cunoscută existența unor astfel de boli.

Diabetul este una din bolile de metabolism cele mai frecvente (după unele statistici $1/^0/_{000}$ din populația sub 20 de ani suferă de diabet). Boala constă dintr-un defect de utilizare a glucozei la nivelul țesuturilor. Boala poate să apară din copilărie dar se accentuează la pubertate. Primele manifestări sînt : setea intensă, copilul bea foarte multe lichide, urinează mult, foamea sau din contră lipsa de poftă de mîncare, slăbirea, oboseala, durerile abdominale. Dacă aceste manifestări au fost discrete sau nu au fost observate, boala poate să debuteze prin stare de comă (leșin profund cu pierderea completă a stării de conștiență). În caz de comă urgența aplicării tratamentului este imperios necesară. Orice întîrziere poate periclita evoluția ulterioară. Se vor folosi cele mai rapide mijloace de a duce copilul într-un serviciu spitalicesc.

Obezitatea. Se consideră obezitate depășirea cu $20^0/_0$ a valorilor greutății ideale corespunzătoare vîrstei, sexului și taliei individului. Perioada pubertății și adolescenței este o etapă de risc în instalarea obezității. Riscul este mai mare dacă în familie părinții sau alți membri ai familiei sînt obezi. Obezitatea nu este o boală care se moștenește, există totuși factori predispozanți familiali. Dacă la aceștia se adaugă obiceiuri alimentare defectuoase în familie, riscul adolescentului de a deveni obez crește. La adolescență, odată cu creșterea masei corporale, poate să crească în exces și țesutul gras. Cauza directă cea mai frecventă este supraalimentația, copilul mănîncă prea mult în totalitate sau mănîncă în mod deosebit alimente care îngrașă (dulciuri, prăjituri, pîine). Motivele pentru care adoles-

centul mănîncă prea mult sînt variate ; o formă specială o constituie „obezitatea psihogenă“ — adolescentul mănîncă mult ca o plăcere compensatorie pentru alte insatisfacții afective în familie, școală, insatisfacții erotice etc.

Pentru a nu se ajunge la obezitate este necesar controlul periodic al greutății ; în cazul în care greutatea depășește cu puțin media normală, regimul alimentar adecvat și mărirea activităților fizice pot rezolva situația. Dacă starea de obezitate se menține sau chiar se accentuează este necesar controlul medical. La examenul medical se apreciază tipul de obezitate și se pot semnala eventualele situații în care obezitatea este unul din semnele debutului unor boli endocrine (hipofizare, corticosuprarenale, tiroidiene etc.).

Scăderea accentuată în greutate. La pubertate, odată cu „saltul creșterii în înălțime“, raportul înălțime/greutate poate să fie ușor dizarmonic, în sensul rămînerii în urmă a greutății față de înălțime. Adolescentul apare slab și înalt, cu membrele inferioare lungi și subțiri, ca urcat pe catalige. În mod normal, această stare de slăbire se recuperează pe parcurs ; alteori, în loc să se recupereze se accentuează. În toate aceste cazuri de accentuare a stării de slăbire în perioada pubertății și adolescenței trebuie căutate cauzele. Cauzele pot să fie nutriționale, adolescentul nu se alimentează cît și cum trebuie, sau de boală (boli generale, infecții cronice, boli endocrine sau de metabolism). Consultul medical este necesar.

O formă specială și uneori gravă de pierdere accentuată în greutate la adolescență este *anorexia nervoasă*. Se întîlnește exclusiv la fete și se manifestă prin refuzul conștient de a se alimenta. Este de fapt o formă de manifestare a unei stări depresiv-anxioase.

Pe parcursul evoluției, prin gradul de slăbire excesivă la care se ajunge, apar și tulburări endocrine și de metabolism. Tratamentul este predominant psihotrop.

Boli de sînge

Bolile de sînge cele mai des întîlnite la copii și adolescenți sînt anemiile. Termenul de anemie este abuziv folosit în rîndul publicului larg el incluzînd stările de slăbiciune, astenie, oboseală etc. Corect, diagnosticul de anemie este un diagnostic de laborator prin care se evidențiază scăderea numărului globulelor roșii sau a încărcăturii lor cu hemoglobină. Anemia poate să fie unul din semnele prin care se manifestă o seamă de boli generale, cum sînt stările infecțioase cronice, bolile renale, bolile cardiace etc., dar poate să fie și o boală de sine stătătoare, ca de pildă *anemiile feriprive,* prin lipsa aportului de fier în alimentație sau prin pierderi de sînge acute sau cronice (hemoragii accidentale, epistaxisuri repetate, menstre prelungite sau prea abundente). Este cunoscută și de luat în considerație anemia tinerelor fete prin pierderi în exces de sînge menstrual.

O grupă deosebită de anemii sînt *anemiile hemolitice*. Ele se datorează distrugerii exagerate a globulelor roșii. Cauzele acestor distrugeri sînt determinate de anumite defecte de structură a globulelor roșii (a membranei globulelor roșii, a hemoglobinei sau lipsei unor enzime). Majoritatea anemiilor hemolitice sînt boli ereditare, iar unele din ele devin evidente abia la adolescență cînd nevoile energetice și de oxigenare a țesuturilor cresc. În familiile în care preexistă astfel de boli controlul periodic și de laborator este necesar.

Tulburări psihice și comportamentale

Dintre toate stările patologice care pot să apară la pubertate și adolescență cele care suscită mai multe discuții și interpretări sînt tulburările psihice și comportamentale. Polimorfismul manifestărilor psihice și comportamentale prezente la pubertate și adolescență face ca în această perioadă granița dintre „normalitate" și „manifestările patologice" să fie cea mai estompată din toate perioadele de vîrstă. Se adaugă la polimorfismul manifestărilor caracterul evolutiv al tulburărilor în raport cu gradul de dezvoltare a personalității adolescentului ; unul este aspectul clinic al unei stări depresive la pubertate (12—14 ani) și altul la adolescență (17—19 ani).

Majoritatea stărilor depresive la adolescență iau forma „depresiilor mascate", manifestîndu-se prin dezechilibre neuro-vegetative, tulburări cardio-vasculare, dureri abdominale, cefalee, inapetență sau, din contră, creșterea apetitului. Stări afective negative se pot manifesta prin echivalențe organice cum sînt : ulcerul duodenal, astmul bronșic, obezitatea, anorexia psihogenă etc. Legătura dintre manifestările unor boli organice și tulburarea afectivă este greu de apreciat, uneori numai evoluția bolii lămurește diagnosticul. Este important de observat cît mai precoce apariția unor stări depresive la adolescență (fetele și băieții sînt afectați în aceeași măsură) pentru că evoluția stărilor depresive la adolescență este imprevizibilă, putînd declanșa situații dramatice. Una din manifestările caracteristice ale debutului unor nevroze reactive la adolescență este „fobia de școală" (refuzul de a merge la școală), scăderea randamentului școlar, opoziția față de familie. În orice situație de „impas" școlar sau cînd fără motive speciale apar schimbări în atitudinea adolescentului și diverse cauze de suferințe organice, este obligatoriu a se ține seama de situația psihică a copilului. Opinia psihologului sau a psihiatrului poate lămuri asemenea situații. Ceea ce părinții pot să considere „lene" sau „rea voință" poate să fie debutul unei boli mai mult sau mai puțin grave.

Asupra tulburărilor de comportament, posibilitățile de apreciere între normalitate și manifestări patologice sînt și mai dificil de făcut. Agresivitatea, ruperea de contact cu mediul familial și școlar, abaterile sociale, uneori mergînd pînă la acte de delincvență (huliganism, furt etc.) pot să fie manifestări mai violente în cadrul, totuși, a unei evoluții normale a adolescenței, (numai unul din zece adolescenți care au ajuns la acte de delincvență au reale tulburări de comportament), dar pot să fie și debutul unor boli psihice grave, cum sînt schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă sau tulburările anormale de comportament. Numai colaborarea permanentă între părinți, pedagogi, psihologi și medici pot conduce la rezultate satisfăcătoare în apărarea sănătății psihice a adolescentului.

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 38
Biblioteca Personală

16

Adolescentul handicapat

Înțelegem prin handicap condiția în care din motive de boală cronică un individ nu poate rezolva singur complet sau parțial problemele de viață. Un infirm nu este totdeauna un handicapat iar un handicapat nu este totdeauna un infirm, deși între aceste două noțiuni există o largă zonă comună.

Cauzele care duc la handicap pot să fie congenitale sau cîștigate prin boală, accident, mediu social etc. *Handicapul poate fi de natură: fizică* — infirmități fizice, lipsa unor membre, paralizii, infirmități motorii etc.

— *senzorială* — auditivă (hipoacuzie, surdo-mutitate); vizuală (ambliopie, orbire);

— *neuro-psihică* (intelectuală, afectivă, comportamentală).

Se pot adăuga la acestea și situații de inadaptare socială, comportamente aberante, alcoolism, folosirea de droguri etc.

În cele mai multe situații, natura handicapului este mixtă, un handicap în evoluția lui inducînd și alte

tulburări. De exemplu, un copil cu o infirmitate motorie neputînd să ia parte la viața colectivului rămîne un izolat, un timid, un inadaptat social dacă nu se intervine la timp prin susținere afectivă și educativă. Situația de handicapat are o importantă corelație medico-socială. Pentru a se ajunge la crearea unor condiții și posibilități de adaptare chiar minime (în raport cu posibilitățile fiecărui handicapat) în procesul de muncă și adaptare socială, se fac importante investiții materiale și sociale. Din partea familiei este necesar ca orice formă de handicap să fie depistată cît mai devreme. Rezultatele activităților sînt cu atît mai bune cu cît activitatea de adaptare s-a început în perioada programării normale a formării funcției respective. De exemplu, „demutizarea" la surdo-muți are cele mai bune șanse de succes dacă se începe activitatea de adaptare pînă în jurul vîrstei de 2—3 ani, cînd în mod normal copilul învață să vorbească; același lucru pentru mers, scris etc. la handicapații motori.

Adolescența este ultima perioadă în care readaptarea se mai poate face cu succes; în plus, este perioada în care copilul conștientizează cel mai acut situația lui de handicapat. Este o suferință psihică deosebită, de care familia și personalul care îl îngrijește trebuie să țină seama — nevoia lui de afectivitate este mare. Sub îndrumarea competentă a medicului și eventual a psihologului trebuie susținut afectiv și educativ, în așa fel încît condițiile de adaptare la potențialul maxim, în situația dată, să fie realizat.

În multe cazuri, un efect pozitiv deosebit poate să-l aibă atitudinea colegilor de școală, ei pot să colaboreze și să ajute în mod substanțial la integrarea în colectiv a adolescentului handicapat.

Tabelul V

Dezvoltarea fizică

— medii pentru 4—18 ani — (mediul urban R.S.R)

Vîrsta (ani)	Băieți			Fete		
	Înălțime (cm)	Greutate (kg)	Perimetru toracic (cm)	Înălțime (cm)	Greutate (kg)	Perimetru toracic (cm)
4	101,0	16,1	54,3	100,0	15,7	52,8
5	108,2	18,2	54,9	107,6	17,7	54,3
6	114,6	20,3	56,7	114,3	20,0	55,9
7	121,5	22,9	58,8	120,7	22,0	57,6
8	126,3	25,1	60,4	125,7	24,3	59,4
9	131,8	27,8	62,3	131,2	26,9	61,3
10	137,1	30,7	64,8	136,9	30,7	63,1
11	141,5	33,9	66,6	142,5	34,0	65,0
12	147,4	37,7	69,1	149,6	44,5	67,2
13	154,0	42,5	72,3	154,9	44,5	69,6
14	161,3	49,0	76,4	158,9	49,4	72,8
15	168,3	55,5	80,1	160,5	52,2	76,3
16	172,3	60,2	84,2	161,4	53,9	79,8
17	174,2	63,1	88,1	161,8	55,0	82,7
18	175,5	65,3	88,1	162,1	55,2	84,4

Bibliografie

1. CĂPRARU E., CĂPRARU HERTA — Mama și copilul, Ed. Medicală, 1984.
2. CIOFU CARMEN, CIOFU E. — Examenul clinic de pediatrie, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1986.
3. DELTO FRANÇOISE — Lorsque l'enfant paraît. Editions du Seuil, Paris, 1978.
4. DUMITRESCU I. — Adolescenții, lumea lor spirituală și activitatea educativă, Ed. „Scrisul Românesc", Craiova, 1980.
5. DUMITRESCU I., ANDREI N. — Aspirații și atitudini în adolescență, Ed. Albatros, București, 1983.
6. DECULESCU ADRIANA — Dragostea, Ed. Medicală, 1971.
7. GLOSE BERNARD, BLOCH MARTINE — L'amour chaos, Hachette, Paris, 1987.
8. IONESCU B., DUMITRACHE C. — Sexualizarea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1987.
9. JINGA I. — Inspecția școlară, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1983.
10. NIȚESCU VASILE — Adolescența, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1985.
11. PITIȘ MARCELA — Endocrinologie, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1985.
12. RAULT ALAIN — Echecs et dificultés scolaires, Presses Universitaires de France, 1987.
13. RICMAN MARA, TEODORU OLIMPIA — Poftă bună copii !, Editura Medicală, București, 1980.
14. ROBĂNESCU N. — Readaptarea copilului handicapat fizic, Ed. Medicală, București, 1976.
15. SEELMAN KURT — Comment naissent les enfants, Ed. Casterman, Paris, 1966.
16. STOENESCU M. — Ghid de date pediatrice, Ed. Medicală, București, 1985.
17. STOICA T., COCULESCU M. — Pubertatea normală și patologică, Ed. Medicală, București, 1982.
18. TANNER J. M. — La croissance et ses désordre, Das Medizinische Prisma, 1987, 477.

Redactor de carte : dr. C. LOZANU
Tehnoredactor : PRIMAVERA CÎMPEANU

Bun de tipar : 20.IV.1988.
Formatul : 32 70 × 100.
Hîrtie : H scris I A 70 × 100.
*Coli de **tipar** : 4,50.*

C. 539 I. P. Informația
Str. Brezoianu nr. 23—25
BUCUREȘTI, 1988.

MEDICINA PENTRU TOȚI

73

Lei 5

EDITURA MEDICALĂ